ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

VII[e] série. — Tome IV. — 1933



ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

SEPTIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR



VIIe SÉRIE — TOME IV — 1933

MASSON & Cie

PUBLICATION PÉRIODIQUE MENSUELLE



TRAVAUX ORIGINAUX

LES FORMES CLINIQUES DU SYNDROME DE THIBIERGE-WEISSENBACH : CONCRÉTIONS CALCAIRES DES SCLÉRODERMIES

Par

R.-J. WEISSENBACH
Médecin de l'hôpital Broca

Georges BASCH
Assistant à l'hôpital Broca

et

Marianne BASCH

Les dépôts calcaires cutanés et sous-cutanés sont l'aboutissant d'affections très diverses. Les *concrétions calcaires des sclérodermies* ou *syndrome de Thibierge-Weissenbach* constituent parmi eux un syndrome anatomo-clinique parfaitement défini. Ce syndrome a été individualisé en 1910 par G. Thibierge et l'un de nous, qui en ont décrit alors les caractères fondamentaux aux points de vue clinique, radiologique, histologique et chimique, et qui ont montré les rapports de causalité qui unissent ce type de calcifications au processus sclérodermique. L'intérêt de ce syndrome déborde le cadre de la séméiologie dermatologique. Son étude apporte, en effet, une contribution importante au problème du mécanisme de la précipitation des sels de chaux dans le tissu conjonctif, du rôle relatif des facteurs locaux et humoraux dans cettte précipitation, et, d'une manière générale, des perturbations du métabolisme du calcium. Mais déjà des seuls points de vue de la séméiologie et de la nosographie dermatologiques, son étude est pleine d'intérêt. Le syndrome de Thibierge-Weissenbach représente en effet le groupe numériquement le plus important de l'ensemble des calcifications des téguments, et il constitue d'autre part une complication relativement fréquente des sclérodermies.

C'est à l'étude des formes cliniques de ce syndrome que nous

consacrons ce mémoire, étude basée sur l'analyse de 46 observations françaises et étrangères, dont quatre nous sont personnelles. La relation complète détaillée de chacune de ces observations figure d'ailleurs dans la thèse récente de l'un de nous (1). De la confrontation de ces observations il ressort :

1° que les concrétions calcaires peuvent s'observer au cours de toutes les formes de sclérodermie ;

2° que le syndrome peut se présenter avec autant d'aspects différents qu'il y a de grands types de sclérodermie, son aspect et son évolution étant dans une mesure importante fonction du type de sclérodermie qu'il vient compliquer.

On doit donc classer les formes cliniques du syndrome de Thibierge-Weissenbach en se basant sur la classification des sclérodermies, du moins sur celle qui se fonde sur les caractères cliniques généraux des sclérodermies, et nous décrirons successivement :

I. — Les concrétions calcaires des sclérodermies diffuses :
  A) Concrétions calcaires des sclérodermies progressives à début localisé (le plus souvent sclérodactylique).
  B) Concrétions calcaires des sclérodermies œdémateuses (évoluant vers la chronicité).

II. — Les concrétions calcaires des sclérodermies circonscrites :
  A) Concrétions calcaires des sclérodermies en plaques. (Morphées en plaques).
  B) Concrétions calcaires des sclérodermies en bandes.

Il faut d'ailleurs ajouter que les concrétions calcaires ont été plus fréquemment observées au cours de la sclérodermie progressive à début sclérodactylique, sans doute parce que celle-ci est elle-même la plus fréquente des sclérodermies, et que son évolution lente est favorable à la production des calcifications. Il faut remarquer, en effet, que parfois, dans la sclérodermie œdémateuse, la guérison survient en quelques semaines ou quelques mois ; les conditions de

(1) Marianne Basch. Le syndrome de Thibierge-Weissenbach. Concrétions calcaires des sclérodermies. *Thèse de Paris*, 1932, un volume de 214 pages et 14 figures, Louis Arnette, éditeur, Paris.

formation des concrétions calcaires ne semblent donc pas réalisées dans ce cas. C'est au contraire dans les formes de sclérodermie œdémateuse aiguë ou subaiguë ne guérissant pas, et évoluant ultérieurement vers la chronicité, c'est à-dire vers l'atrophie et la sclérose, que se produiront les précipitations calcaires.

I. — CONCRÉTIONS CALCAIRES DES SCLÉRODERMIES GÉNÉRALISÉES.

A. — *Concrétions calcaires des sclérodermies progressives à début sclérodactylique.*

Elles constituent, comme nous l'avons dit, la majorité des faits puisque nous avons pu en réunir 27 observations, et réalisent un syndrome très caractéristique et toujours assez semblable à lui-même.

Début :

Il s'agit à peu près exclusivement de *femmes* (un seul cas concerne un homme).

Les concrétions calcaires apparaissent de façon insidieuse et progressive dans l'*âge moyen de la vie*, entre trente et cinquante ans en moyenne, et quelquefois plus spécialement à l'âge de la ménopause (âges extrêmes 17 et 69 ans). Elles sont toujours précédées, souvent à plusieurs années de distance, de troubles divers au premier rang desquels il faut placer le *syndrome de Raynaud*. Celui-ci en effet ne manque que dans deux cas. Succédant lui même quelquefois à des troubles vasomoteurs variés, engelures, acrocyanose, paresthésies, il se présente sous la forme de l'angiospasme typique : syncope locale suivie d'asphyxie avec sensation douloureuse. Ces phénomènes peuvent être soit localisés à un ou plusieurs doigts ou aux extrémités supérieures dans leur totalité (cas le plus fréquent), soit généralisés aux quatre extrémités et moins marqués dans ce cas aux extrémités inférieures ; ils peuvent même siéger au niveau de la langue.

L'autre mode de début, plus rare, est le début arthralgique à type de rhumatisme fibreux, ou mieux de *périarthrite fibreuse*, observé 5 fois. C'est ainsi que commencent les cas exceptionnels où

manque le syndrome de Raynaud ; mais la périarthrite peut également s'associer à ce dernier, précédant ou suivant son apparition. Il peut s'agir d'un gonflement douloureux évoluant progressivement sans poussées aiguës, ou de véritables poussées fluxionnaires articulaires avec douleur, tuméfaction et fièvre modérée, souvent prises pour des crises de rhumatisme articulaire aigu et traitées comme telles pendant des mois, bien que fassent défaut certains caractères tels que la mobilité.

Quelles que soient les premières manifestations, et il s'agit donc dans la grande majorité des cas de troubles vasculaires locaux, il y a précession plus ou moins nette de celles-ci. Dans les cas extrêmes, la maladie de Raynaud a pu évoluer pendant 15 ans avant qu'apparaissent d'autres troubles. En général, l'évolution est cependant moins longue, et peut durer de quelques années à quelques mois.

Sclérodermie :

Un état sclérodermique vient alors se greffer sur ces troubles locaux, et les altérations cutanées s'installent si insidieusement que la plupart du temps, les malades sont incapables d'en préciser le début. Il s'agit de *sclérodactylie*, toujours superposée au syndrome de Raynaud : peu à peu, les téguments des doigts deviennent secs, lisses, brillants, les extrémités s'effilent, perdent leur souplesse, les mains petites, atrophiées, prennent l'aspect de mains d'enfant. Cette sclérodactylie, pure dans six observations, n'est le plus souvent que le début d'une sclérodermie progressive.

Beaucoup plus rarement, la sclérodermie débute à la face, cette éventualité pouvant se produire dans le cas où manque le syndrome de Raynaud.

Quoi qu'il en soit, se constitue dans bien des cas le tableau de la *sclérodermie progressive* avec sclérodactylie et masque sclérodermique, tableau complété par la présence de pigmentation (10 cas), et de télangiectasies (5 cas), et dont une malade présentée par nous à la Société de Dermatologie (1) représentait le type achevé. Tout dans son aspect était frappant au premier abord : le facies rigide, figé, aux yeux enfoncés et brillants, aux traits amenuisés ; l'aspect

(1) Weissenbach, Truchot, Laudat, G. et M. Basch.

lisse et luisant des téguments du visage, à la fois scléreux et atrophiques, moulés sur le massif facial, et dont les rides sont effacées sauf au niveau des lèvres où de profonds sillons rayonnent du bord libre ; les mains minuscules, immobilisées en flexion par un état sclérodactylique si accentué qu'il a entraîné des mutilations, et d'où la sclérose cutanée remonte sur les avant-bras en s'atténuant progressivement ; les remarquables *télangiectasies* prédominant sur la face, le cou, et la partie supérieure du thorax, réparties sans ordre, tantôt sous forme de petites taches ayant l'aspect de naevi vasculaires plans, tantôt sous forme de réseaux anastomosés de capillaires plus volumineux, dilatés, de coloration rouge vif, très superficielle. La *pigmentation* cutanée manquait à ce tableau mais on la retrouve dans mainte observation, particulièrement marquée chez une malade de Milian : pigmentation diffuse, s'étendant à la fois sur les territoires sclérodermiques et sur les zones de peau saine, prenant par place un caractère aréolaire, et même, au cou, le type des syphilides pigmentaires.

Concrétions calcaires :

C'est au cours de cette sclérodermie, et là encore de façon bien difficile à préciser en raison du début si insidieux de la sclérose cutanée et sous-cutanée, que vont apparaître les *concrétions calcaires*. Dans la forme typique, on voit se constituer insidieusement, à la pulpe des doigts, sans manifestations douloureuses, des nodules durs, sous-cutanés, mobiles sur les plans profonds, plus ou moins adhérents à la peau au contraire, nodules qui augmentent lentement de volume sans provoquer de phénomènes réactionnels appréciables ; tout au plus éveille-t-on par la pression une sensation de piqûre plus ou moins vive. La peau s'amincit à leur niveau, laissant apercevoir par transparence des grains de coloration jaune ou blanchâtre, et finit par s'ulcérer en donnant issue à une concrétion pierreuse ou à un magma crémeux. Tel est le schéma rapide de la marche des concrétions dont nous allons tenter la description analytique et décrire les diverses modalités.

Les premières concrétions *se localisent* habituellement aux extrémités des doigts (17 cas), auxquelles elles restent souvent cantonnées, Il y a prédominance marquée à la face pulpaire avec tendance à

l'extension progressive vers la racine des doigts. Après la localisation digitale, la plus fréquente se voit dans le tissu sous-cutané sus-olécrânien (7 cas), presque toujours secondaire à la première, mais paraissant parfois primitive parce que moins bien tolérée. La présence de concrétions au niveau des avant-bras est un peu moins fréquente ; elle est beaucoup plus rare aux bras. Aux membres inférieurs les calcifications, moins souvent observées qu'aux membres supérieurs, le sont dans les régions pré et sous-rotuliennes (6 cas), puis, par ordre de fréquence, aux orteils, aux cuisses et aux jambes. La face est très rarement atteinte (3 cas). Le tronc est exceptionnellement touché.

En résumé, les concrétions se localisent électivement au niveau des membres ; on les retrouve plus particulièrement dans les régions juxta-articulaires, et surtout près des phalanges digitales ; leur disposition est à peu près symétrique par rapport à l'axe du corps, et à leur localisation pulpaire s'oppose leur prédilection pour les faces d'extension des autres segments des membres.

Quels sont les *rapports topographiques* respectifs entre concrétions calcaires et sclérodermie ? Nous avons noté dans 13 cas la superposition absolue des deux symptômes. Dans 12 cas, les auteurs signalent les concrétions au niveau de zones cutanées où n'est pas expressément signalée la sclérodermie proprement dite. Aussi y a-t-il lieu d'accepter ces faits sous réserve ; mais, pour le plus grand nombre d'entre eux, il semble qu'il s'agisse d'observations insuffisamment détaillées : soit qu'un degré léger de sclérodermie ait passé inaperçu ou n'ait pas été mentionné, soit surtout qu'une biopsie faite dans ces territoires apparemment sains eût permis de noter une sclérose hypodermique, cette dernière ne pouvant être décelée cliniquement que par un observateur averti. Notre observation s'intègre dans le groupe ci-dessus : il n'y a pas de sclérodermie proprement dite au niveau des genoux, et la malade a refusé toute biopsie ; mais un examen clinique soigneux montre un capitonnage des téguments, un épaississement et une densification du tissu souscutané. Dons une autre abservation de l'un de nous, il y a non pas sclérodactylie, mais une « densification » des téguments. En résumé, les concrétions sont situées dans des zones de sclérose cutanée et

sous-cutanée, ou seulement sous-cutanée, dans tous les cas où ce point a été observé avec soin.

Anatomiquement, les concrétions calcaires sont situées à la limite inférieure du derme, dans le tissu cellulaire sous-cutané où elles sont enchâssées ; elles ne pénètrent dans l'épaisseur même du derme et de l'épiderme qu'au moment de leur élimination. Dans une observation pourtant, celle de Pernet, l'auteur signale la situation intracutanée des formations calcaires, mais ce fait est exceptionnel. Il est également rare de voir, associées aux concrétions sous-cutanées, des calcifications synoviales ou tendineuses.

La matière calcaire peut se présenter sous des formes diverses. Le plus souvent, il s'agit de concrétions solides, de consistance extrêmement dure, pierreuse, et de volume et de forme variables : ce sont de petits grains allant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de mil, de forme arrondie ou ovalaire, quelquefois plus ou moins agglomérés ; ou bien des nodules plus volumineux souvent comparés à un pois ou à une noisette ; plus exceptionnellement ce peuvent être des plaques ou des masses volumineuses, atteignant jusqu'à 20 cm. de diamètre. Dans certains cas, les sels calcaires constituent une bouillie semi-liquide, crémeuse, plus ou moins bien liée, contenant parfois des concrétions solides, et se solidifiant elle-même rapidement à l'air.

Ces différents aspects sont aisément constatables cliniquement en raison de l'*extériorisation spontanée* qui est de règle dans cette forme (elle ne manque que dans deux cas). Cette élimination est l'aboutissant du développement progressif des tumeurs, développement le plus souvent insidieux et indolent.

Dans un premier ordre de faits, l'expulsion est si précoce que les concrétions demeurent au stade de granulation miliaire et sont expulsées au bout de un à deux mois avec le minimum de symptômes : le grain est d'abord perceptible sous la peau comme une tête d'épingle au niveau de laquelle la pression détermine une sensation de piqûre ; un petit pertuis donne issue à de la sérosité qui se concrète à l'orifice en une mince croûtelle. En se détachant la croûte emporte, collé à sa face profonde, le grain calcaire qui passe souvent inaperçu.

Beaucoup plus fréquemment les concrétions augmentent très lentement de volume durant des mois ou même des années, et, au bout de ce temps seulement, on voit apparaître par transparence, sous l'épiderme aminci, les concrétions blanches ou ivoires ; puis la peau s'ulcère et laisse échapper par un ou deux pertuis soit de la sérosité contenant des grains calcaires, soit une substance crémeuse, soit des concrétions plus volumineuses, véritables « cailloux », suivant l'expression des malades. Ce mode d'élimination est le plus banal et le plus couramment observé.

Mais, s'opposant à ces processus relativement silencieux, on peut voir se produire une expulsion accompagnée d'accidents aigus pseudo-inflammatoires : le malade éprouve une sensation de tension avec douleurs lancinantes, la peau se tuméfie, rougit, et au moment où les concrétions deviennent sous-épidermiques, ces accidents, si on les considère isolément à la pulpe d'un doigt, simulent un véritable panaris. Une fois ulcérés, ces pseudo-panaris ne laissent échapper que de la matière calcaire, souvent semi-liquide, que les malades prennent pour du pus, mais qui n'en est pas en réalité. L'élimination rappelle alors celle des tophi goutteux.

On peut cependant voir dans quelques cas une abcédation vraie primitive, l'élimination s'établissant « à l'occasion d'un certain degré d'infection autour des dépôts calcaires » (1), la suppuration apparaissant « avant toute ulcération des téguments » (2). Ces cas sont assez exceptionnels. Plus fréquente est l'infection secondaire, soit que les malades essaient de faciliter l'issue des concrétions au moyen d'instruments divers, aiguilles, poinçons, etc..., soit que les ulcérations une fois constituées restent béantes, porte ouverte à l'infection, en raison de l'élimination prolongée de matière calcaire. Il existe, en effet, des cas où il ne s'agit plus d'une expulsion en un temps, ou du moins relativement rapide, et d'une ulcération temporaire des téguments au point d'élimination ; il se produit de véritables ulcères torpides qui persistent pendant des mois ; ils sont situés soit en regard de gros amas de concrétions qui sont expulsées les unes après les autres, souvent mélangées à du pus, soit au niveau de vastes plaques calcifiées qui se détachent fragment par

(1) M. P. Weil et Weismann-Netter.
(2) Merklen et Vallette.

fragment, jouant le rôle d'un séquestre. Ces ulcérations chroniques surviennent dans des formes sévères, où la précipitation constante des sels de chaux fournit en permanence un aliment au processus d'élimination.

On conçoit aisément qu'à tous ces modes d'extériorisation correspondent des *modes de cicatrisation* différents, ceux-ci étant, en somme, fonction de l'abondance et du volume des concrétions et de la rapidité de leur reproduction. Dans la forme miliaire, la cicatrisation est pour ainsi dire immédiate ; dans les cas de nodules isolés ou peu nombreux, elle se fait en un temps variant entre quelques jours et quelques semaines et ne laisse qu'une petite cicatrice blanche, déprimée et étoilée, la récidive *in situ* étant toujours possible. Enfin dans les formes graves, les plus rares, elle peut se prolonger pendant un temps variant de quelques semaines à plusieurs mois et exceptionnellement plusieurs années, soit qu'il y ait seulement élimination de matière calcaire, soit que la suppuration vienne prolonger encore l'évolution.

L'augmentation lente et progressive des tumeurs est la règle. La résorption spontanée est exceptionnelle ; certaines tumeurs s'arrêtent dans leur développement et peuvent ne jamais s'ulcérer ; d'autres, situées dans des régions bridées, où les téguments sont épaissis, entourées d'une forte gangue conjonctive, ne peuvent s'éliminer spontanément et provoquent des accidents inflammatoires. C'est ce qui arrive souvent au niveau du coude, et quelquefois aux extrémités digitales où on est obligé d'inciser chirurgicalement pour extirper le nodule.

Composition chimique des concrétions :

Les concrétions sont constituées en partie par des matières minérales, en partie par des matières organiques. Les proportions respectives de ces deux éléments sont extrêmement variables suivant le type des précipitations : dans le cas de tout petits nodules superficiels impossibles à séparer de débris épidermiques, la quantité de substance organique est très importante. Par contre, quand il s'agit de substance crémeuse ou de concrétions profondes, la proportion de matières minérales est plus forte que celle de matières organiques.

Les proportions sont donc inverses dans ces deux groupes d'analyses, comme le montre le tableau suivant, qui réunit les dosages faits dans trois cas différents :

Matières minérales . .	19,2 o/o (1)	1,2 o/o (2)	54,7 o/o (2)	87 o/o (3)
Matières organiques. .	80,8 o/o	98,8 o/o	45,3 o/o	13 o/o

Matières minérales :

Dans l'ensemble, on peut donc retenir que les matières minérales constituent de 1 à 87 o/o du total. Leur nature chimique n'a été précisée qualitativement ou quantitativement que dans 17 cas ; dans les autres, on signale seulement qu'il s'agit de sels de calcium. Ces sels se présentent sous forme de *carbonates* ou de *phosphates*, isolés ou associés ; la présence de carbonate est en effet notée dans 12 cas, dont 6 où il existe à l'état pur ; celle de phosphate est notée dans 10 cas, dont 4 où il existe à l'état pur ; phosphate et carbonate sont donc associés, et cela en proportions très variables, dans 6 cas. Dans les analyses les plus précises, on note en outre que le rapport quantitatif du phosphore et du calcium se rapproche de celui qui caractérise le phosphate tricalcique.

Dans ces quatre derniers cas, les sels de calcium constituent la proportion la plus importante de la partie minérale des concrétions. On signale de plus la présence de traces de fluor, de soufre et de magnésium, enfin d'une quantité appréciable de fer.

Matières organiques :

Elles ont été dosées dans trois analyses et sont constituées par des albuminoïdes. Ce sont, en grande majorité, des Protides, comme le montre bien le tableau ci-dessous concernant les mêmes cas que le tableau précédent. Il existe, en beaucoup plus petite quantité, des lipides et du cholestérol.

	Mat. organiques	Protides	Lipides	Cholestérol
	—	—	—	—
(1)	80,8 o/o	78,4 parties	8,6 parties	1,8 parties
(2)	98,8 o/o	95,5 parties	3,01 parties	0,33 parties
(2)	45,3 o/o	28,2 parties	1,6 parties	1,1 partie

(1) Weissenbach, Truchot, Laudat, G. et M. Basch.
(2) Weissenbach, Laudat, Truchot et Françon.
(3) Garcin, Bertrand, Laudat et Cachin.

Les granulations calcaires n'échappent donc pas à la loi générale des formations tophacées, dans lesquelles on trouve constamment une proportion importante de matières organiques associée au précipité minéral.

Lésions des muscles et du squelette :

Des altérations sont signalées au niveau des muscles dans cinq observations. Elles rappellent en tous points le type des lésions musculaires de la sclérodermie, sur lesquelles Thibierge attirait l'attention en 1890. Elles consistent en une atrophie musculaire accusée avec sclérose interstitielle du corps musculaire, atrophie qui s'accompagne dans deux cas de sclérose tendineuse et rétraction déterminant une certaine limitation des mouvements. L'examen électrique montre une hypoexcitabilité galvanique et faradique.

Mais ces lésions manquent dans la majorité des cas, et, dans les autres sont au second plan. L'observation de Bertolotti, seule exception, constitue une véritable forme de transition avec la forme clinique que nous allons décrire, caractérisée au contraire par l'intensité des lésions de myosclérose.

L'appareil de soutien est lésé à peu près dans les mêmes proportions que le système musculaire : sur 20 cas radiographiés, dont 9 avec exploration systématique du squelette, on a trouvé 6 fois des lésions osseuses qui consistent avant tout en décalcification des phalanges et quelquefois des extrémités distales des métacarpiens.

Nous les étudierons en détail au chapitre de la radiographie. Mais nous devons dès maintenant attirer l'attention sur le fait que les lésions osseuses coïncident toujours avec un état sclérodactylique accentué, et que l'intensité des lésions de sclérose des téguments et des parties molles semble jouer un rôle plus important que l'abondance des concrétions calcaires. La coexistence de précipitations calciques locales est en effet beaucoup moins constante : dans trois cas seulement, il y a juxtaposition de décalcification des extrémités osseuses et de concrétions digitales.

Troubles endocriniens :

Nous venons d'étudier en détail les manifestations les plus évidentes du syndrome décrit dans ce chapitre mais nous n'avons pas encore parlé du terrain sur lequel il apparaît, et en particulier

de la fréquence des troubles endocriniens chez les malades qui en sont atteintes.

Le seul fait que ce soit une maladie de la femme est déjà assez significatif ; chez celles-ci, nous allons retrouver dans 14 cas des *troubles ovariens ou thyroïdiens :* Dans 7 observations, il s'agit d'un *hypofonctionnement des glandes génitales* ; on peut citer en exemple une de nos malades. Réglée très tard, à 18 ans, elle a toujours présenté des règles très inconstantes et très espacées, survenant avec 1, 2 ou 3 mois de retard, peu abondantes et de courte durée ; ces troubles se sont aggravés à l'apparition de sa maladie ; elle est restée stérile, et le fonctionnement de ses ovaires n'a été amélioré que par un traitement glandulaire. Ce tableau se répète, plus ou moins accentué, dans plusieurs observations, où on signale, en outre, de la frigidité et, dans un cas, une hypoplasie des glandes mammaires. Dans l'observation de Bertolotti, l'aménorrhée a coïncidé avec le début de la maladie et a persisté depuis. Dans celle de Weil et Weismann, où l'insuffisance thyro-ovarienne est particulièrement accusée, il semble que la précipitation des sels calcaires se fasse toujours pendant les longues périodes aménorrhéiques que présente la malade ; au contraire, quand les règles apparaissent, « les phénomènes inflammatoires qui existaient au niveau des précipitations calciques s'atténuent, la cicatrisation se produit ». Il y a un véritable balancement. Chez la malade de Milian, la sclérodermie et les concrétions ont fait leur apparition à la suite d'une *castration* pour psammome. Enfin dans l'observation de Garcin, elles se sont constituées après la *ménopause*. Les rapports étroits qu'affectent ces troubles avec la constitution du syndrome sont suffisamment mis en évidence par ces quelques exemples, particulièrement frappants au point de vue rythme et succession des faits, pour qu'il soit inutile que nous y insistions.

Comme il est de règle, on trouve à côté de ces troubles du fonctionnement des glandes génitales des perturbations plus ou moins nettes du fonctionnement du corps thyroïde, traduisant tantôt une augmentation, tantôt une diminution, sans qu'il soit possible d'en donner un schéma précis. Elles se retrouvent dans 9 observations.

Dans quelques cas il ne s'agit que de troubles légers : frilosité, dépilation, corps thyroïde anormalement petit, « non palpable ». Dans 6 observations existaient des anomalies importantes, soit

anatomiques, soit fonctionnelles : dégénérescence du lobe gauche du corps thyroïde, calcification alvéolaire de la glande, adénome colloïde, goitre nodulaire ; enfin métabolisme basal très augmenté, de + 30 à + 40 o/o (3 cas), ou légèrement abaissé (3 cas).

L'*hypophyse* est également touchée.

Dans deux cas, la radiographie montre la présence de calcifications hypophysaires, dans un autre un élargissement de la selle turcique. Mais ces faits sont loin d'être constants ; dans 3 cas où on a examiné systématiquement l'hypophyse aux rayons X, on a eu des résultats négatifs.

C'est encore bien plus rarement qu'il a été possible de trouver des altérations anatomiques des *parathyroïdes*, bien qu'elles aient été recherchées, en particulier à l'autopsie, par Durham, qui a trouvé les glandes entièrement normales. Cependant dans l'observation de Milian, l'examen après extirpation de ce qu'on avait pris cliniquement pour un goitre du lobe gauche du corps thyroïde a montré que cette tumeur était en réalité constituée d'une part par un lobe gauche dégénéré, et de l'autre par une parathyroïde hypertrophiée. Quant aux signes cliniques pouvant correspondre à un dysfonctionnement parathyroïdien, ils ont été rarement recherchés, exceptionnellement retrouvés. Deux malades, cependant, présentaient un léger signe de Chvostek et l'une d'entre elles une cataracte à type endocrinien sur laquelle nous reviendrons.

Dans le chapitre des troubles endocriniens, nous devons enfin signaler, au cours du seul cas de syndrome de Thibierge-Weissenbach observé chez un homme, la coïncidence d'un diabète sucré.

En résumé l'étude détaillée de nos observations nous permet d'insister une fois de plus sur la fréquence des troubles ovariens et thyroïdiens et sur leur coïncidence avec le syndrome de Raynaud, les manifestations sclérodermiques et les précipitations calciques, ce dernier point étant particulièrement frappant dans l'observation de M. P. Weil et Weismann-Netter.

Tels sont les éléments essentiels de la forme clinique commune du syndrome en question.

Nous n'avons pas relevé dans nos observations d'*association morbide* suffisamment constante pour être signalée. Trois fois ont

été notées des lésions *mitrales*. La *syphilis*, presque toujours cliniquement et sérologiquement recherchée, n'a été retrouvée qu'une seule fois, et ne joue donc certainement aucun rôle étiologique.

La lenteur de l'évolution, la localisation des concrétions aux membres, font de cette affection une maladie chronique plus pénible du fait de la sclérodermie que du fait des concrétions calcaires elles-mêmes. Son *pronostic* est donc celui de la sclérodermie progressive, les concrétions calcaires ne semblant pas être un facteur important d'aggravation.

En résumé la forme clinique que nous venons de décrire présente les caractéristiques suivantes :

1° Apparition à l'âge moyen de la vie chez des femmes porteuses d'un syndrome de Raynaud et de troubles thyro-ovariens ;

2° Sclérodermie à type de sclérodermie progressive à début sclérodactylique ;

3° Concrétions calcaires uniquement sous-cutanées et localisées aux membres (pulpe des doigts et face d'extension des autres segments). Elimination de règle et généralement suivie de cicatrisation rapide sans infection secondaire ;

4° Rareté relative des lésions des muscles et du squelette (ces dernières pouvant d'ailleurs être très accusées aux extrémités où elles restent toujours cantonnées).

5° Evolution très lente, pronostic relativement favorable.

B. — **Concrétions calcaires des sclérodermies œdémateuses.**

Nous avons pu grouper 11 observations de cette forme, qui s'oppose par bien des points à la précédente.

Si la prédilection pour le *sexe* féminin est encore la règle, quoique moins absolue (2 hommes sur 11 cas), l'*âge* des sujets par contre est tout différent ; c'est une affection des jeunes, des enfants même, car elle débute entre 8 et 15 ans en moyenne. Dans deux cas seulement la maladie est apparue chez des sujets âgés de plus de 15 ans, dans deux chez des enfants de moins de 8 ans.

Début :

Le début est le plus souvent *aigu* ou *subaigu* (7 cas). Il se fait alors par des manifestations de deux ordres : lésions cutanées et tuméfactions articulaires.

Les sujets, jusque-là bien portants, présentent assez brusquement des signes d'infection légère, fièvre modérée, frissons ; on voit en même temps survenir une *infiltration œdémateuse dure des téguments*, localisée ou généralisée, la peau prenant une teinte rose violacé. Cette infiltration s'accompagne souvent de *fluxions articulaires douloureuses*, inflammatoires, à type de rhumatisme articulaire aigu ou de rhumatisme infectieux, rappelant les poussées arthralgiques qui peuvent marquer le début de la forme sclérodactylique mais beaucoup plus fréquemment notées que dans cette dernière. Lésions cutanées, et lésions articulaires, qui peuvent d'ailleurs exister isolément, évoluent par poussées, l'oedème rétrocédant parfois, comme si la maladie allait évoluer vers la guérison, mais reparaissant bientôt, jusqu'à ce que s'y substitue progressivement une induration cutanée. Cette période peut durer de quelques semaines à quelques mois.

A côté de ce début rapide, d'allure infectieuse, on voit quelquefois (6 cas) s'installer lentement une impotence fonctionnelle se manifestant d'abord par des sensations de lassitude dans les membres, de manque de souplesse dans les articulations, puis par un enraidissement croissant gagnant le tronc, immobilisant la colonne vertébrale et dû à la sclérose progressive et à la calcification secondaire.

Sclérodermie :

De la façon dont a débuté la maladie, on peut déduire quels vont être les caractères des lésions cutanées constituées : de même que le syndrome de Raynaud est ici exceptionnel (2 cas) et ne semble qu'une manifestation surajoutée ou du moins associée, la sclérodactylie va être rare, et en tous cas secondaire aux autres lésions cutanées. Celles-ci consistent en une sclérodermie diffuse, atteignant avec prédilection le tronc, le cou et les segments supérieurs des membres, plutôt que les extrémités qui sont très souvent respectées. Au scléroedème va succéder une scléroatrophie, la peau prenant une teinte cireuse ; une pigmentation à caractère parfois

assez atypique (macules brunes ou violacées) et des télangiectasies peuvent apparaître en différents points du corps (4 cas).

Mais le processus de sclérose ne s'en tient pas à cette sclérodermie proprement dite ; il atteint non seulement le derme et l'hypoderme, mais encore les muscles qui présentent dans la presque totalité des cas des lésions importantes et étendues : la sclérose s'attaque au tissu conjonctif intermusculaire, interfasciculaire, interfibrillaire, et à celui qui constitue les extrémités tendineuses et les aponévroses. Cliniquement, elle se traduit par une induration scléreuse du corps musculaire avec atrophie, et par des rétractions tendineuses entraînant un certain degré d'immobilisation en attitude vicieuse. C'est ainsi qu'au pli du coude on peut voir une limitation de l'extension par des brides fibreuses dues soit à une sclérose du tissu cellulaire sous-cutané, soit à une tendinite scléreuse du tendon bicipital.

Dans certains cas enfin, le processus scléreux dermique passe au second plan ou même fait complètement défaut. C'est ce que nous voyons dans l'observation de Thibierge, Spillmann et Weissenbach : ici la sclérose cutanée a eu une évolution rapide, le processus s'est localisé surtout sur les muscles et les tendons, constituant un syndrome dans lequel la sclérodermie proprement dite a fini par ne plus jouer qu'un rôle secondaire. Dans l'observation de Oehme, c'est l'épiderme qui est intact dans certaines régions, alors que les couches profondes de la peau et l'hypoderme sont le siège d'altérations importantes.

Calcifications :

Mais un fait est constant, c'est la superposition de la sclérose et des calcifications, *les infiltrations calciques les plus importantes correspondant aux régions les plus gravement touchées par la sclérose, qu'elles soient superficielles ou profondes.*

Le caractère essentiel de ces précipitations calcaires va être leur diffusion tant en surface qu'en profondeur. En surface elles vont occuper un territoire beaucoup plus étendu que dans la forme précédente ; il ne s'agit plus en effet de nodules localisés à la pulpe des doigts mais bien de vastes infiltrations s'étendant à toutes les zones scléreuses. Leur *prédominance aux segments supérieurs des membres inférieurs* (cuisses et genoux) s'oppose à la localisation élective des concrétions de la forme sclérodermique aux extrémités

distales des membres supérieurs. Après ces territoires ce sont les zones répondant aux ceintures pelvienne et scapulaire qui sont les plus atteintes, puis le tronc, souvent touché surtout au niveau de la paroi abdominale, tandis que la face est presque toujours respectée. En profondeur, les calcifications sont beaucoup moins exclusivement localisées à l'hypoderme ; elles tendent à gagner la superficie, souvent très abondantes dans le derme et l'épiderme ; elles infiltrent les couches profondes, la précipitation se faisant, comme nous l'avons dit, au niveau du tissu conjonctif interstitiel du muscle, des aponévroses, des tendons.

Extrêmement variées au point de vue morphologique, leurs caractéristiques essentielles sont l'abondance et le volume. Les *concrétions sous-cutanées* solides vont de la taille d'une lentille à celle d'une mandarine. Elles sont parfois serrées les unes contre les autres constituant un « moule de plâtre », une « cuirasse » (2). Les sels calcaires peuvent aussi se présenter sous la forme d'une bouillie plus ou moins épaisse déterminant soit des tuméfactions demi-molles, soit des nappes clivant la couche hypodermique ; c'est ce qui se voyait dans l'observation de Von Gaza où les cristaux calciques mélangés à du pus avaient formé de grands abcès à la face postérieure de la cuisse et sous la paroi abdominale.

La topographie des *calcifications musculaires* est calquée sur celle de la sclérose interstitielle. Ce fait est particulièrement évident dans l'observation de Krause et Trappe où, comme nous le verrons plus loin, ce diagnostic fut vérifié par les examens radiologiques et histologiques. Les tendons sclérosés s'infiltrent également de sels de chaux : au niveau du tendon bicipital, des tendons extenseurs des doigts, du tendon achilléen, en particulier, on peut trouver un chapelet de nodules de consistance pierreuse. Les aponévroses elles-mêmes peuvent se calcifier, constituant alors des plaques solides de superficie plus ou moins grande. Enfin la participation des synoviales n'est pas rare : Von Gaza signale la calcification massive de la gaine des fléchisseurs qui formait un gros bourrelet saillant au-dessus du ligament antérieur du carpe.

C'est l'intensité et l'association des lésions d'atrophie, de sclérose

(1) Von Gaza.
(2) Krause et Trappe.

et de calcification tendineuse et musculaire qui font la gravité de cette forme et lui confèrent son aspect clinique si spécial ; dans les cas les plus graves, en effet, le petit malade en arrive à être entièrement rigide, le tronc immobilisé en rectitude, les membres en flexion, grabataire incapable des mouvements les plus limités.

L'*élimination* de la matière calcaire est beaucoup moins fréquente que dans la forme précédente, en raison peut-être de la profondeur et du volume des concrétions qui adhèrent aux plans sous-jacents. Elle est signalée cependant dans 5 cas et se fait alors toujours sous forme d'émulsion ; il semble que les concrétions solides ne puissent être expulsées. Nous avons déjà mentionné l'existence d'une infection secondaire ayant entraîné la mort dans le cas de Von Gaza.

La *composition* n'est spécifiée que dans quatre observations. Il s'agit là aussi d'une association de carbonate et de phosphate de chaux. Dans les autres cas on parle seulement de matière calcaire ou de substance opaque aux rayons X.

Nous avons vu les lésions particulièrement graves de l'appareil musculaire en étudiant les processus de sclérose et de calcification dont elles sont inséparables. Nous devons ajouter qu'elles s'accompagnent de troubles électriques minimes en proportion de l'intensité des lésions cliniques : dans les cas étudiés on n'a constaté qu'une hypoexcitabilité galvanique et faradique, sans R. D.

Quant au squelette, il semble être plus fréquemment touché que dans la forme sclérodactylique : sur 6 examens radiologiques, on a trouvé 4 fois une décalcification importante, particulièrement intense dans les observations de Von Gaza et de Paisseau. Les lésions ne diffèrent d'ailleurs pas tant par le degré que par l'étendue; il s'agit en effet dans les deux cas de lésions allant de la décalcification légère à la résorption et à la destruction osseuse : mais alors que dans la forme précédente, elles sont localisées aux extrémités digitales, dans celle-ci, il y a atteinte globale du squelette des membres.

Les *glandes endocrines* sont également touchées ici dans la majorité des cas. Le fait le plus frappant est l'existence d'un *infanti-*

lisme particulièrement évident chez les malades d'une quinzaine d'années. Chez ces sujets, frappés à la période prépubère, les caractères sexuels secondaires n'apparaissent pas, les aisselles et le pubis restent glabres, les règles ne s'installent pas.

Par ailleurs sont signalés des troubles endocriniens d'origine diverse : exophtalmie, corps thyroïde volumineux, « type moyennement accusé d'idiotie mongolienne » chez le malade de Langmead. Enfin, rappelons que deux malades étaient porteuses d'un syndrome de Raynaud.

Le *pronostic* de cette forme de sclérodermie œdémateuse avec calcification est des plus grave. Dans trois cas, la mort est survenue par cachexie progressive, avec infection secondaire, infection staphylococcique à point de départ local dans un cas, infection tuberculeuse dans un autre. Un cas a subi une amélioration certaine, la guérison semblant se faire par l'élimination des masses calcaires. Les autres cas n'ont pas été suivis.

En résumé, *il s'agit d'une forme juvénile, survenant dans des formes chroniques de sclérodermie œdémateuse, avec sclérotendinite et scléromyosite.*

Les calcifications sont caractérisées par leur localisation aux segments supérieurs des membres et au tronc, par leur abondance, leur étendue en surface et en profondeur (calcifications musculaires).

La gravité des lésions musculaires, et l'atteinte profonde de l'état général assombrissent considérablement le pronostic vital.

II — CONCRÉTIONS CALCAIRES DES SCLÉRODERMIES CIRCONSCRITES

A. — *Concrétions calcaires des sclérodermies en plaques. (morphées en plaques)*

L'apparition de concrétions calcaires au cours des sclérodermies circonscrites est loin d'être exceptionnelle, du moins en ce qui concerne les morphées. Nous en avons réuni quatre observations dont trois concernaient des cas de plaques sclérodermiques de la face chez

des adultes des deux sexes, et dont une était celle d'une fillette porteuse de deux placards sclérodermiques de la jambe avec concrétions multiples. A ces quatre observations, il faut en ajouter deux (Olson et Durham), où à côté d'une sclérodermie progressive à début sclérodactylique, les auteurs signalaient l'existence de plaques scléreuses (face et membres) avec concrétions calcaires sous-cutanées à leur niveau.

Les *lésions cutanées* sont toujours primitives : Hoffmann note le début par des taches cutanées, Lortat-Jacob insiste sur l'antériorité de la mélanodermie ; la sclérodermie du malade de Pollitzer avait évolué pendant 20 ans avant qu'apparaissent les calcifications.

Il s'agit de plaques d'étendue variable, affectant de préférence la face (en particulier les régions malaires) et les régions découvertes (décolleté et bras). La prédominance de la sclérose (1) ou de l'atrophie (2) leur confère un aspect différent : taches de couleur violacée, très infiltrées, impossibles à plisser, arrondies ou ovalaires sur les bras, en forme de papillon à la face, ou placards de peau mince, beaucoup plus atrophique que scléreuse, la sclérodermie initiale ayant regressé, guéri en quelque sorte, pour laisser à sa place une morphée atrophique. L'existence d'un *lilac-ring* n'est signalée que dans le cas de Lortat-Jacob ; celle d'une pigmentation que dans ce même cas et dans celui de Lereboullet.

La situation des *concrétions* par rapport aux plaques de morphée est particulièrement intéressante et instructive au point de vue pathogénique ; dans la règle, le fait que nous avons déjà constaté dans les deux formes précédentes se vérifie une fois de plus, mais de façon beaucoup plus évidente et schématique, en raison de la simplicité des lésions : les concrétions siègent au niveau des plaques sclérodermiques et les rares exceptions à cette règle ne font que confirmer l'importance du rôle de la *sclérose* dans la genèse des calcifications: en effet, Hoffmann signale bien l'existence de quelques concrétions sous-cutanées dans des zones où la peau est « d'apparence saine », mais il ajoute que, au palper, elle est comme celle des plaques de morphée « infiltrée et difficile à plisser ». Lereboullet

(1) Hoffmann ; Lereboullet et Lelong
(2) Pollitzer ; Lortat-Jacob, Fernet et Bureau

ne signale explicitement de plaques sclérodermiques caractérisées avec concrétions qu'au niveau de la jambe; mais en ce qui concerne les autres concrétions, il parle « d'épaississement dermique ou sous-dermique ». On peut donc bien dire que *c'est au niveau d'une plaque de sclérose circonscrite, habituellement cutanée, quelquefois sous-cutanée, que siègent les concrétions.*

Nous les retrouvons donc par ordre de fréquence à la face (4 cas), aux membres (3 cas), au tronc (1 cas).

Habituellement sous-cutanées, elles peuvent être aussi intra-dermiques : ainsi les vastes plaques du malade de Pollitzer, et les nodules signalés dans l'épaisseur même de la peau de la paroi abdominale chez la fillette de Lereboullet. Elles peuvent s'accompagner de calcifications profondes et de calcifications tendineuses.

Elles se présentent comme des nodules de grosseur variable : criblant un point de la paroi abdominale, « en grains de plomb », plus volumineuses, mais isolées à la face, agglomérées et constituant de véritables plaques de blindage aux membres. Enfin, dans l'observation de Pollitzer, ce sont de larges plaques intradermiques, de consistance ligneuse, adhérant à tous les tissus environnants, véritables séquestres partiellement ossifiés, fait exceptionnel.

L'*extériorisation* est signalée dans ces deux derniers cas : elle se fait à la faveur d'ulcérations torpides, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, et par lesquelles sont expulsés la matière calcaire, ou les pseudoséquestres déjà signalés.

On conçoit aisément que l'on ne trouve ici ni altérations musculaires ni lésions du squelette. Par contre il est intéressant de noter que la malade de Lereboullet présentait des *troubles endocriniens* des plus manifestes : obésité modérée, refroidissement des extrémités, livedo très marqué aux membres inférieurs, enfin, un signe de Chvostek bilatéral avec calcémie d'abord normale puis abaissée, fait qui pourrait de prime abord paraître paradoxal, et dont l'importance est capitale.

Les autres malades ne présentaient pas de troubles endocriniens notables, mais deux d'entre eux étaient des sujets tarés, porteurs de cirrhose alcoolique, avec en plus, chez l'un d'eux, une néphrite chronique hypertensive et un diabète.

En résumé, *cette forme est caractérisée par l'existence de concrétions calcaires sous-cutanées ou cutanées au niveau de plaques de morphée ; elle se présente beaucoup plus comme une affection locale à évolution lente et bénigne que comme une maladie générale ; mais sa localisation à la face et aux parties découvertes la rend esthétiquement beaucoup plus préjudiciable. Son pronostic s'aggrave d'autre part considérablement si elle survient, ce qui semble relatwement fréquent, sur un terrain taré.*

B. — *Concrétions calcaires des sclérodermies en bandes*

Nous n'en avons pas retrouvé de cas purs. Mais chez deux malades atteintes de sclérodermie progressive, les auteurs signalent l'existence d'une bande de sclérose horizontale tendue d'un sterno-cléido-mastoïdien à l'autre, sans *lilac-ring* (Bertolotti ; Pernet).

La première malade présentait en outre une bande de sclérose longitudinale et médiane à la face dorsale du poignet, et Bertolotti ajoute que c'est « au pourtour des bandes de sclérose les plus accusées » que se trouvaient les concrétions calcaires.

Par contre, Pernet, qui a fait chez sa malade une biopsie au niveau de la bande du cou, pour tenter à l'exemple de Thibierge et Weissenbach de mettre en évidence une calcification microscopique, n'a pu y réussir.

III. — FORMES ASSOCIÉES.

A. — *Rhumatisme, sclérodermie et concrétions calcaires.*

On connaît la fréquence de l'association morbide sclérodermie et rhumatisme (Besnier, Brissaud, Laffitte et May), le terme de rhumatisme étant pris dans son sens le plus général, susceptible d'acceptions très diverses. Elle semble se réaliser encore plus souvent quand il s'agit de sclérodermie avec précipitation calcaire.

Le rhumatisme mode inaugural du syndrome :

Nous avons déjà signalé et décrit les manifestations articulaires qui peuvent marquer le début du syndrome de Thibierge et Weissenbach : arthralgies simples, gonflement douloureux localisé

aux petites articulations des mains, ou véritables poussées fluxionnaires polyarticulaires plus ou moins fébriles. D'allure aiguë ou subaiguë, évoluant par poussées, considérées souvent comme du rhumatisme articulaire aigu et traitées comme telles, sans grand succès d'ailleurs, elles passent plus ou moins rapidement au second plan. Dans les cas les plus légers, il est très malaisé de discerner par la suite ce qui, dans la limitation du jeu des articulations, relève de la rigidité des téguments, de la scléromyosite ou de séquelles articulaires.

Rhumatisme chronique associé.

Mais dans d'autres cas, elles font place à un rhumatisme chronique proprement dit qui va évoluer parallèlement aux précipitations calcaires de façon plus ou moins manifeste. L'analyse des cas nous montre qu'il peut affecter les différentes formes de rhumatisme chronique et se présenter :

1° soit sous forme de *rhumatisme déformant* :

La malade de Paisseau en fournit un bel exemple ; elle était en effet porteuse de déformations ostéo-articulaires, dont les plus accusées siégeaient, comme il est de règle, au niveau des mains, et avaient l'aspect typique du rhumatisme déformant. Les radiographies montraient des lésions massives de décalcification et d'atrophie des extrémités osseuses au voisinage des articulations des genoux, des coudes, des pieds et des mains, beaucoup plus intenses et généralisées que ne le sont les lésions partielles observées dans de nombreux cas de sclérodactylie ; en outre, il y avait une atteinte importante des articulations : flou, déformations, irrégularités des surfaces articulaires, parfois même disparition de l'interligne : « les os du carpe se touchent complètement et même, en certains points, empiètent les uns sur les autres ou sur la base des métacarpiens. Ils donnent l'impression que, pressés les uns sur les autres, ils se chevauchent pour gagner de la place. »

Si nous insistons sur l'aspect de ces lésions ostéo-articulaires, c'est que, comme l'a bien montré Paisseau, elles se distinguent nettement des arthropathies ankylosantes secondaires signalées plusieurs fois dans la sclérodermie. Elles ont d'autre part très nettement succédé aux douleurs articulaires qui ont marqué le début de la sclérodermie, et il semble bien s'agir d'un rhumatisme déformant

progressif authentique. Cette observation n'est d'ailleurs pas unique : dans celle de Milian, les auteurs signalent, parmi les importantes lésions du squelette, l'existence de productions ostéophytiques. Ces cas témoignent évidemment de troubles de la répartition du calcium et présentent un grand intérêt au point de vue pathogénique. Ils sont en faveur de la théorie de Laffitte et May qui font du rhumatisme déformant un syndrome sympathique, étroitement apparenté aux ecto-sympathoses (les deux malades étaient porteuses d'un syndrome de Raynaud).

2° soit sous forme de *rhumatisme fibreux* (mieux dénommé périarthrite fibreuse).

Il s'agit là d'une association beaucoup plus fréquente que la précédente, du fait de la parenté anatomique des lésions de la sclérodermie et de la périarthrite fibreuse qui touchent toutes deux le tissu conjonctif. L'importance relative de chacun des deux éléments du syndrome (sclérodermie et rhumatisme fibreux) détermine des aspects cliniques différents :

a) *Périarthrite fibreuse avec calcification au cours de la sclérodermie* : Il semble bien que, dans plusieurs de nos cas, les poussées articulaires qui ont marqué le début de la maladie aient été suivies d'altérations importantes, non point des extrémités osseuses, mais des tissus articulaires ou périarticulaires, altérations qui dans certains cas peuvent se borner à de la fibrose simple, et dans d'autres peuvent aller jusqu'à la calcification. Ces lésions du surtout périarticulaire procèdent probablement beaucoup plus des atteintes articulaires initiales que des lésions des téguments sus-jacents (qui peuvent d'ailleurs être plus tardives). Dans l'observation de Hunter par exemple, où le début articulaire a été particulièrement net, les premières concrétions ont fait leur apparition *autour des articulations malades* ; elles coexistaient évidemment avec une sclérodactylie accentuée et un syndrome de Raynaud. Mais leur localisation autour des articulations interphalangiennes et métacarpo-phalangiennes s'oppose à l'habituelle prédominance pulpaire. De même dans l'observation de Neuwirth. Il y a certainement une intrication complexe de ces différents éléments qui interviennent tous, à des degrés divers, dans la localisation des concrétions.

A cette catégorie de faits se rattache sans doute une partie des calcifications des extrémités tendineuses, et surtout les calcifica-

tions synoviales signalées dans plusieurs observations (bourse séreuse prérotulienne, sous-deltoïdienne).

b) *Périarthrite fibreuse primitive avec calcification secondaire, et apparition tardive d'une sclérodermie :* A un degré de plus, on peut voir le rhumatisme occuper la scène pendant des années, entraînant la formation de concrétions calcaires, la sclérodermie apparaissant en dernier lieu.

Ainsi chez le malade dont l'observation a été communiquée par l'un de nous avec Truchot, Françon et Laudat, la périarthrite fibreuse a évolué pendant 27 ans avant que ne se soient manifestées les précipitations calcaires, et trente ans avant que n'ait été constatée une sclérodermie de la face. Le diagnostic de périarthrite fibreuse pure est affirmé par l'examen clinique et l'examen radiologique : on constate une tuméfaction des articulations des doigts, « par augmentation des tissus périarticulaires qui ont une consistance dense et ferme, faisant corps avec les téguments ». Il n'y a pas de sclérodermie proprement dite ; il n'y a aucune déformation ou déviation analogue à celle du rhumatisme déformant des doigts. Enfin la radiographie montre l'intégrité complète des os et des surfaces et interlignes articulaires. C'est l'apparition terminale de la sclérodermie qui permet d'établir un lien avec les états précédents. Par contre la très longue évolution du rhumatisme, indépendamment de toute autre affection, rapproche ce cas des *périarthrites fibreuses avec calcification des grosses articulations*, et plus spécialement de la *périarthrite scapulo-humérale* si on ne veut pas limiter ce terme à l'inflammation chronique post-traumatique de la bourse séreuse sous-deltoïdienne et aux calcifications de celle-ci, mais si on l'étend à toutes les lésions de sclérose fibro-conjonctive du tissu cellulaire des tendons et des bourses séreuses périarticulaires n'ayant pas pour origine une lésion importante des os ou de l'articulation elle-même.

3° soit sous forme de résorption alvéolaire (pyorrhée sèche).

Enfin chez deux de nos malades, toutes les dents avaient été enlevées ou étaient tombées spontanément, par suite d'un déchaussement par résorption progressive des alvéoles.

En résumé, *l'association du syndrome de Thibierge-Weissenbach avec des manifestations rhumatismales est fréquente. Il*

s'agit soit de rhumatisme déformant, soit plus souvent de périarthrite fibreuse. En l'absence de toute sclérodermie, la périarthrite fibreuse est d'ailleurs capable, tout comme la maladie de Raynaud, de déterminer la formation de concrétions calcaires identiques. L'existence de troubles trophiques semblables dans les trois affections (Raynaud, sclérodermie et rhumatisme) est un lien de plus entre elles, et constitue un argument en faveur de leur origine sympathique (Laffitte et May).

B. — *Association à des signes de tétanie fruste avec ou sans cataracte*

Dans deux observations, on note l'existence d'un signe de Chvostek, accompagné dans l'une (Lereboullet) d'hypocalcémie, dans l'autre (Garcin) d'une cataracte au début. Dans le deuxième cas, l'examen du cristallin par la lampe à fente montrait en effet des deux côtés des opacités partielles de la couche corticale antérieure avec intégrité du reste du cristallin, en particulier du noyau central ; cette cataracte présentait donc les caractères biomicroscopiques des cataractes dites endocriniennes (cataractes des sclérodermies, de la tétanie, de la myotonie dystrophique), récemment exposés dans la très intéressante thèse de Mamou, à propos de la cataracte sclérodermique : *cataracte bilatérales et corticales* (par opposition aux cataractes séniles centrales) ; et on pouvait la rattacher aussi bien à la sclérodermie (syndrome de Rothmund) qu'à la tétanie.

L'association d'un syndrome de Thibierge-Weissenbach avec des manifestations considérées généralement comme relevant d'un hypofonctionnement des parathyroïdes présente un intérêt pathogénique certain. Elle souligne en effet la complexité des faits et la difficulté d'interpréter le rôle exact des glandes endocrines.

Mamou, opposant en quelque sorte le syndrome de Rothmund au syndrome de Thibierge-Weissenbach, émettait l'hypothèse de l'existence à l'origine de chacun d'entre eux d'un trouble parathyroïdien de sens contraire. Le premier, sclérodermie avec cataracte et tétanie, serait dû à une hypoparathyroïdie, le second, sclérodermie avec calcification, à une hypoparathyroïdie.

Les faits que nous signalons (c'est-à-dire l'association de scléro-

dermie, concrétions calcaires, tétanie fruste et cataracte), montrent que ce schéma, si séduisant qu'il soit, ne correspond pas, du moins pour certains cas, à la réalité des faits.

Mamou l'avait d'ailleurs très justement signalé, posant alors la question d'un dysfonctionnement possible de ces glandes, par analogie avec le dysfonctionnement du corps thyroïde.

(A suivre.)

SUR LE TRAITEMENT RACHIDIEN DU TABÈS PAR LES ARSÉNOBENZOLS

Par J. GADRAT
(Travail du Centre de Neuro-syphilothérapie de l'Université de Toulouse. Professeur Riser).

Les insuccès des traitements mercuriels et arsenicaux intraveineux dans les manifestations nerveuses tardives de la syphilis ont de bonne heure fait penser qu'il serait peut-être possible, en utilisant une voie d'accès rachidienne d'améliorer les effets de la thérapeutique.

L'expérimentation avait depuis longtemps mis en évidence la tolérance relative des espaces sous-arachnoïdiens vis-à-vis des substances étrangères : il n'était donc pas *à priori* impossible d'y injecter des sérums mercurialisés ou arsénobenzolisés.

Au cours des traitements intraveineux les plus énergiques par le salvarsan, les dosages chimiques avaient montré que c'est à peine si des doses infimes du médicament pouvaient être décelées dans le liquide céphalo-rachidien et dans le parenchyme nerveux : l'idée d'une action médicamenteuse directe trouvait là une raison première d'injecter les drogues destinées au tissu nerveux dans les espaces liquidiens qui l'entourent et le pénètrent. La théorie exposée par Mott vers 1910 sur la libre communication entre les espaces sous-arachnoïdiens et périneuronaux par l'intermédiaire des voies périvasculaires vint corroborer cette idée, peut-être un peu trop simpliste, comme nous le verrons.

C'est ainsi qu'est n'est née la thérapeutique arachnoïdienne de la syphilis nerveuse tardive. La plupart de ceux qui l'ont mise en œuvre se sont adressés à la fois à des paralytiques généraux, des tabétiques, des sujets atteints de syphilis médullaire et cérébrale : le traitement intrarachidien du tabès seul nous retiendra plus particulièrement ici. Toutefois avant d'exposer les essais tentés sous la direction de M. le professeur Riser et les faits expérimentaux

qui nous y ont conduits, nous rappellerons brièvement les noms des médecins qui ont employé la méthode, leur technique et les résultats qu'ils ont obtenus.

I. — Historique

1° *Les auteurs.*

La première idée d'une thérapeutique intra-rachidienne semble avoir été émise pour la première fois par Corning qui, en 1885, pensa qu'on pourrait peut-être utiliser avec bénéfice dans le tétanos et dans l'empoisonnement par la strychnine cette voie d'administration médicamenteuse jusqu'alors inconnue.

C'est cependant à Sicard que revient l'honneur des premiers essais; il concluait en 1899 dans sa thèse : « Les injections sous-arachnoïdiennes lombaires pratiquées avec prudence pourront ouvrir à la thérapeutique clinique une voie encore inexplorée ». Peu après il pratiquait les premières injections rachidiennes de sels de mercure que par la suite il utilisa surtout dans les tabès inférieurs.

En 1911, un an à peine après la découverte d'Ehrlich, Marinesco tentait avec quelques résultats d'injecter le sérum de syphilitiques, guéris de leurs manifestations par le 606, dans le canal rachidien de malades présentant des lésions spécifiques de la moelle (p. 70).

Ce n'est cependant qu'en 1912 que Swift et Ellis ont vraiment édifié en méthode le traitement « direct » de la syphilis nerveuse : ils ont appliqué systématiquement le traitement intra-rachidien par le sérum des malades eux-mêmes après injection intraveineuse de salvarsan. Leur publication fut assez retentissante, et à partir de ce moment-là de nombreux auteurs essayèrent la nouvelle méthode prônée par les Américains ; Wechselmann puis Eskuchen en Allemagne, Sicard, Ravaut, Jeanselme, Marie et Levaditi en France, publièrent des observations de traitements arachnoïdiens mis en œuvre chez des paralytiques généraux et chez des tabétiques.

En 1914 Ogilvie préconisa les injections directes de sérum salvarsanisé dans la cavité rachidienne. La même année, Mac Caskey, Hough, Warfied, Byrnes, Meyerson, Gradwohl, Spencer, apportèrent aussi leur contribution à la question. En France, Lehmann élève de Ravaut publia quelques résultats intéressants et se montra

dans sa thèse très partisan de la méthode. La guerre paralysa pendant quatre ans les recherches françaises.

En 1914 Marinesco reprit avec Minea ses essais antérieurs et publia les résultats obtenus par le traitement arachnoïdien de 19 cas de syphilis nerveuse ; des succès seulement partiels l'amenèrent à penser qu'il serait utile d'adjoindre à la nouvelle thérapeutique le traitement ordinaire intraveineux.

Pendant la durée de la guerre, les auteurs américains surtout continuèrent les essais inaugurés par Swift et Ellis : Rytina et Judd, Halls, Cullerston et Slaght, Sachs, Gaines, Fordyce se montrèrent partisans du traitement intraspinal ; la plupart cependant restaient sceptiques sur son efficacité dans la paralysie générale.

En 1919, Lafora, dans un travail très documenté concluait que le traitement intrarachidien était sans danger, très efficace le plus souvent dans les processus syphilitiques n'ayant pas envahi les parties profondes du système nerveux.

L'année suivante vit naître quelques discussions d'ordre historique entre Marinesco et Rodriguez. Au mois de juillet 1920 au cours de la Réunion Neurologique annuelle qui s'occupait cette année-là des formes cliniques et du traitement de la syphilis nerveuse, Sicard, Milian se montrèrent peu partisans du traitement arachnoïdien par le salvarsan.

La même année Goudsmit après une série de belles recherches expérimentales mit en pratique le traitement intraspinal par le néo-salvarsan dans 6 cas de tabès ou tabo-paralysies : ses conclusions furent nettement défavorables.

Dans son livre sur la syphilis du système nerveux central et son traitement, Gennerich, en 1921 a fait une large place à la thérapeutique rachidienne qui d'après lui, réalisée précocement, est susceptible d'entraîner des rémissions de très longue durée.

De bons résultats cliniques et biologiques ont été rapportés par Paulian et Bistriceano en 1923. Deux ans plus tard Marinesco et Draganesco ayant étudié à Bucarest le traitement arachnoïdien des affections métasyphilitiques et ses bases expérimentales se sont montrés partisans convaincus de la méthode.

Plus récemment Cestan, Riser et Peres après des essais de thérapeutique intraventriculaire dans la paralysie générale ne partageaient pas l'enthousiasme américain.

Depuis quelques années le traitement rachidien du tabès qui avait connu une vogue excessive, surtout en Amérique, paraît quelque peu délaissé.

2° *Technique.*

Les divers auteurs qui ont eu recours à la voie rachidienne dans la thérapeutique de la syphilis nerveuse ont été guidés par des idées différentes sur les avantages qu'elle pouvait présenter.

A l'origine, Sicard, injectant des sels solubles de mercure dans la cavité arachnoïdienne, crut déterminer ainsi un trouble de la perméabilité méningée permettant aux médicaments introduits ultérieurement par voie sanguine de parvenir de façon plus intime au contact du parenchyme nerveux. Swift et Ellis se servirent du sérum des malades eux-mêmes après injection intraveineuse de salvarsan dans le but d'utiliser à la fois l'arsenic et les anticorps renfermés dans ce sérum. D'autres enfin (Ogilvie) ont pensé qu'il serait avantageux de déposer le médicament lui-même au voisinage immédiat de la lésion. Ces diverses conceptions ont été à l'origine de différentes techniques.

A. — Les médicaments et les doses.

a) ***Médicaments.*** — Nous rappellerons seulement que certains auteurs (Lhermitte et Levy) vers 1907 avaient songé à injecter dans la cavité rachidienne des substances telles que la fibrolysine capables d'entraver le processus sclérosant tabétique. Parmi les médicaments spécifiques, l'iodure de potassium, les sels solubles de mercure (cyanure, biiodure) (Sicard, Mestrezat et Sappey) avaient été utilisés jusqu'à Ehrlich. A partir de 1910, le salvarsan, puis le néosalvarsan ont été employés par les neurologues et syphiligraphes qui rapidement portèrent leurs préférences sur l'arsenic de telle sorte que c'est surtout la thérapeutique rachidienne arsenicale que nous aurons en vue ici.

Dans la plupart des techniques, ce médicament est véhiculé soit par du sérum sanguin — auto-sérum ou hétéro-sérum — (Swift et Ellis, Marinesco) soit par du sérum physiologique (Ravaut, Lafora, Gennerich).

a) *Sérum sanguin salvarsanisé.* — Pour salvarsaniser le sérum sanguin, plusieurs techniques ont été utilisées qui peuvent être ramenées à deux :

Sérum salvarsanisé « in vivo ». — C'est la méthode initiale de Swift et Ellis qui opéraient de la manière suivante : une heure après l'injection intraveineuse de salvarsan on recueille 40 centimètres cubes de sang. Après séparation du caillot, on ajoute à 12 centimètres cubes du sérum, 18 centimètres cubes d'eau physiologique ; le mélange après chauffage à 56° pendant une demi-heure est prêt à être utilisé ; on retire par ponction lombaire 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien et on injecte 30 centimètres cubes de sérum dilué comme il vient d'être dit (1).

Sérum salvarsanisé « in vitro ». — C'est Ogilvie qui le premier mit en pratique cette technique. Il a été suivi dans cette voie par de nombreux auteurs. Lafora par exemple, dissout 7 milligrammes de néosalvarsan dans 10 centimètres cubes d'eau distillée ; au moment de l'injection il incorpore au sérum 5 centimètres cubes de cette solution ce qui représente 0 gr. 0035 d'arsenic.

b') *Sérum physiologique salvarsanisé.* — Dans le cas où l'eau physiologique sert de véhicule au médicament, on peut employer des solutions diluées ou au contraire concentrées. Les solutions diluées renferment de 0 mgr. 6 à 2 milligrammes de salvarsan par centimètre cube ; on injecte suivant les cas de 1 à 2 centimètres cubes (Warfield, Gennerich).

Ravaut au contraire a préconisé en 1914 les solutions concentrées contenant 3 milligrammes de néosalvarsan par goutte (cette technique nécessite d'ailleurs une seringue spéciale).

Les méthodes sont donc multiples et chacune a ses partisans.

b) **Doses.** — Sicard utilisait le cyanure de mercure à la dose de 1 à 3 milligrammes par injection.

Pour le salvarsan les quantités injectées diffèrent assez peu suivant les auteurs et oscillent entre 1 et 6 milligrammes par séance. D'après Ravaut la dose de 6 milligrammes serait la dose optima pour le néosalvarsan.

(1) Bériel et Durand font l'injection intraveineuse 24 heures auparavant chez un syphilitique floride et le sérum est chauffé pendant une demi-heure à 56° (*Neurologisches Centralblatt*, 1914, pp. 612-615).

La conduite ultérieure du traitement est en général assez mal fixée. Ravaut l'établit ainsi : les injections rachidiennes sont séparées par des intervalles d'une semaine et pratiquées par séries de 6 ; un intervalle de 4 à 6 semaines au moins doit séparer deux séries consécutives.

Il faut ajouter que, si certains utilisent la thérapeutique arachnoïdienne isolée, bon nombre d'auteurs l'emploie concurremment avec le traitement intraveineux ce qui d'ailleurs contribue à rendre difficile l'interprétation des résultats.

B. — Topographie des injections.

Le traitement arachnoïdien a été appliqué dans le tabès à tous les étages du névraxe :

a) ***Injections rachidiennes.*** — Elles sont pratiquées soit par ponction simple, soit par le procédé de la double ponction (Gennerich) ; cette dernière se fait à l'aide de deux aiguilles l'une supérieure, dorsale, l'autre inférieure (4e espace lombaire) ; l'aiguille inférieure permet de refouler la solution plus concentrée injectée par l'aiguille sus-jacente.

b) ***Injections crâniennes.*** — Pour atteindre les espaces arachnoïdiens cérébraux dans la paralysie générale Sicard et Reilly avaient réalisé en 1913 une trépanation bilatérale à la partie antérieure et supérieure des lobes frontaux. D'autres auteurs dont Cestan, Riser et Perès ont injecté des solutions de sulfarsénol dans les ventricules cérébraux. Pour traiter l'atrophie optique du tabès Campbell et Balance en 1919 avait préconisé une voie d'accès sphénoïdale.

Ces diverses méthodes d'injections intra-crâniennes ont été assez rapidement abandonnées.

3° *Leurs résultats.*

A la suite de Swift et Ellis la méthode des injections arachnoïdiennes de sérum salvarsanisé connut une vogue excessive. Ses indications en effet paraissent avoir été trop élargies. *A priori* il semble qu'on lui ait trop demandé : les tabès anciens et fixés n'au-

raient pas dû être soumis à ce traitement. C'est sans doute en partie pour avoir été appliquée sans résultats appréciables dans des cas de ce genre que la méthode est tombée depuis quelques années dans l'oubli. C'est aussi en raison des accidents qu'elle a pu entraîner dans quelques circonstances : accidents immédiats consistant surtout en des céphalées, des contractures, des douleurs que les malades ne se résignent pas toujours à supporter, même pour guérir ; accidents tardifs plus graves représentés par des douleurs fulgurantes intenses, de l'incontinence d'urine, des convulsions épileptiformes et surtout des paraplégies flasques avec troubles sphinctériens et trophiques conduisant assez vite à la mort (Marcorelles, Sicard, Riser).

Pour être presque abandonnée la thérapeutique rachidienne n'en a pas moins donné parfois des résultats fort intéressants.

Si l'on examine les statistiques de 1913 à 1921, date à laquelle les publications deviennent rares sur ce sujet, on voit que la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que dans l'immense majorité des cas le traitement rachidien a donné des résultats cliniques très appréciables (Mac Kaskey, Ravaut, Gradwohl, Spencer, Rytina et Judd, Gaines, Fordyce, Marinesco et Minea) accompagnés d'améliorations pour ainsi dire constantes dans l'état biologique du liquide céphalo-rachidien.

Gennerich, qui se montre dans son livre très grand partisan du traitement intraspinal et lui consacre de longs chapitres, estime qu'il peut engendrer des rémissions de plusieurs années équivalant à l'état de santé normal. Dans l'ensemble par conséquent, si les accidents graves pouvaient être réduits par des améliorations de technique les résultats seraient bons. Quelques auteurs ne se montrent guère enthousiastes (Goudsmit, Sachs) ; la plupart d'entre eux cependant ont publié des statistiques intéressantes :

En 1914 Gradwhol rapporta à propos de 16 tabétiques des améliorations sérologiques et cliniques très appréciables (disparition des douleurs et même réapparition des réflexes dans les cas « naissants »).

Spencer après traitement de 7 tabès dans lesquels les phénomènes douloureux furent fort améliorés considéra le traitemennt rachidien comme une méthode digne d'espoir.

Marinesco et Minea sur 15 malades traités ont observé une seule

fois une rétention d'urine et à plusieurs reprises des phénomènes douloureux assez pénibles ; mais 7 malades ont été très améliorés (amélioration des troubles de la marche, de l'hypotonie, des troubles mictionnels et même des troubles sensitifs) ; 4 autres n'ont subi aucune modification de leur état.

En 1919 Lafora conclut que le traitement intrarachidien était presque toujours très efficace dans le tabès.

Jeanselme et Bloch en 1920 (*Revue Neurologique*, p. 719) ont rapporté l'observation d'une tabétique qui, traitée en 1914 fut revue en 1919 : son tabès était complètement stabilisé, les troubles sphinctériens, visuels avaient entièrement disparu ; le liquide céphalo-rachidien était vierge de toute altération biologique ; la réaction de Wassermann dans ce liquide était devenue négative.

Gennerich mentionna en 1921 des améliorations très notables dans les tabès récents (diminution des douleurs et des troubles de la marche, disparition des troubles sphinctériens, p. 204) ; il a même pu obtenir une augmentation de l'acuité visuelle dans un tabès avec atrophie optique, p. 220) ; sur 38 malades traités pendant un an il a observé 18 très bonnes améliorations, 8 bonnes.

Plus près de nous encore en 1923, Paulian et Bistriceano après traitement rachidien de 22 tabétiques par le sérum néosalvarsanisé ont signalé de grandes et notables améliorations et même des guérisons.

En résumé si l'on dresse le bilan des résultats signalés un peu partout on voit qu'au prix d'exacerbations très fréquentes, mais transitoires le traitement rachidien a donné dans le tabès des améliorations très appréciables surtout dans le domaine des phénomènes douloureux. Il est cependant à peu près abandonné aujourd'hui. C'est pourquoi il n'est pas sans intérêt de réviser avec quelques précisions ses bases expérimentales.

II. — Etude critique et expérimentale (1)

Nous avons vu dans le court aperçu historique précédent que, si les Américains les premiers ont utilisé le sérum salvarsanisé dans

(1) On trouvera la bibliographie de cette question dans : Riser : *Le liquide céphalo-rachidien*. Masson, 1929, et dans notre *Thèse*, Toulouse, 1931-1932.

la thérapeutique du tabès, c'est cependant en France, par Sicard, qu'ont été réalisés les premiers essais de traitement intraspinal dans la syphilis nerveuse.

Considérant en effet que les lésions du tabès se dérobent à l'action du médicament derrière leur « barrière méningée », Sicard utilisait les injections rachidiennes de mercure dans le but principal de modifier la perméabilité méningée et de rendre possible l'action des médicaments injectés plus tard par voie veineuse. Le traitement arachnoïdien avait donc surtout une base physiopathologique.

Après la découverte du salvarsan, les échecs fréquemment éprouvés par les traitements intraveineux ont conduit à envisager l'utilisation possible du nouveau médicament par la voie intrarachidienne. Des données physiologiques et biologiques particulières ont à ce moment-là servi de point de départ à cette méthode : elles avaient trait aux rapports du liquide céphalo-rachidien avec la cellule nerveuse et à la circulation de ce liquide.

Dans l'esprit de ceux qui, à cette période, ont préconisé le traitement rachidien, il paraissait en effet définitivement établi que le liquide céphalo-rachidien baigne la cellule nerveuse et qu'il existe un véritable courant de liquide circulant dans le parenchyme de la superficie vers la profondeur.

On sait que les vaisseaux du névraxe, artères et veines, sont entourés dans leur trajet intraparenchymateux de gaines circulaires ou espaces périvasculaires qui, s'ouvrent librement dans les espaces sous-arachnoïdiens et sont occupés par le liquide céphalo-rachidien. On sait d'autre part qu'il existe autour des cellules nerveuses de minces interstices séparant celles-ci de leurs tissus de soutien : ce sont les espaces péricellulaires ou interorganiques d'Obersteiner. En 1910 Mott, à la suite de recherches histologiques sur le cerveau de singe anémié expérimentalement, décrivit une communication directe, libre, constante entre les espaces péricellulaires et périvasculaires : la cellule nerveuse était d'après lui baignée sur toutes ses faces par le liquide céphalo-rachidien. Mott pensait en outre, après Lewandowsky, que les espaces périvasculaires étaient le siège d'un courant liquide centripète dirigé vers la profondeur du parenchyme nerveux et apportant le milieu ambiant dans lequel s'effectuent les échanges entre le sang et les neurones.

Les idées de Mott impliquaient comme corollaire immédiat que toute substance introduite dans l'espace sous-arachnoïdien pouvait, surtout en admettant une circulation rapide du liquide, venir en contact intime avec la cellule nerveuse. L'insuffisance de la thérapeutique arsenicale dans le tabès étant, en partie tout au moins, attribuée au fait que l'arsenic parvient mal et en très petite quantité aux éléments nerveux nobles de la moelle, les notions physiologiques précédentes amenèrent tout naturellement à penser que les injections intrarachidiennes pourraient sans doute être suivies de meilleurs résultats.

Dans le but de préciser les indications du traitement intrarachidien et son utilité nous avons entrepris deux séries de recherches qui viennent nettement appuyer les conclusions formulées dès 1924 par Cestan, Perès et Laborde.

1°. Au cours d'une première catégorie d'expériences nous avons tenté par des injections sous-arachnoïdiennes réalisées sous des pressions considérables, antiphysiologiques, de forcer en quelque sorte la partie profonde des gaines périvasculaires afin de vérifier si celles-ci débouchent vraiment dans les espaces qui entourent les cellules nerveuses. Nous avons utilisé pour cela le bleu trypan ou le mélange ferro-cyanure de potassium et citrate de fer dans des proportions spéciales (solution de citrate ammoniacal de fer à 1 0/0 dans l'eau salée à 5 0/00 : 4 volumes + solution de ferrocyanure de K à 1 0/0 d'eau salée 1 volume (mélange de Weed), réactif infiniment précieux offrant le double avantage d'être isotonique, dépourvu de toute toxicite et d'être précipitable par l'HCl partout où il se trouve sous forme de granulations de bleu de Prusse faciles à identifier au microscope.

Aussi bien sur le cadavre que sur l'animal vivant ces injections sous-arachnoïdiennes pratiquées sous des pressions variant entre deux et trois mètres d'eau ne nous ont jamais fait constater la présence de granulations bleues dans les espaces péricellulaires, malgré leur accumulation en grande quantité dans les espaces périvasculaires voisins. Il n'en serait pas ainsi s'il existait vraiment comme le croyait Mott, une communication libre et directe entre les espaces péricellulaires et périvasculaires, si le liquide céphalo-rachidien baignait littéralement les éléments nerveux profonds.

2° Dans une deuxième série d'expériences, nous avons pratiqué

chez l'animal des injections colorées sous-arachnoïdiennes dans des conditions de pression physiologique, étant donné que toute injection rachidienne était précédée d'une soustraction de liquide céphalo-rachidien équivalente à la quantité de solution (mélange de Weed) utilisée. Dans ces conditions, nos animaux (chiens et singes) ont pu être conservés assez longtemps pour qu'on puisse juger de l'existence d'un courant liquide dirigé vers le centre du parenchyme vers le neurone.

Au cours de toutes ces recherches, nous avons toujours constaté que les substances déposées dans les espaces sous-arachnoïdiens pénètrent le névraxe de manière indiscutable en s'infitrant le long des gaines périvasculaires mais non pas comme si elles y étaient entraînées par un courant : il s'agit là de phénomènes de diffusion et non d'une circulation véritable.

En étudiant systématiquement les coupes du cerveau et de la moelle de tous nos animaux, nous avons surtout été frappés par la répartition qu'affecte au niveau de la moelle le test coloré injecté par voie rachidienne : en effet, indépendamment d'une infiltration toujours abondante de la méninge molle médullaire, la pénétration du ferrocyanure ou du bleu trypan est toujours très intense au niveau des cordons postérieurs et, sans cependant jamais atteindre la substance grise, par les voies périvasculaires et les septa le test infiltre profondément la substance blanche ; les racines postérieures sont toujours intensément imprégnées, surtout au niveau de leur pénétration dans la moelle : en coupe oblique on voit le test réparti à la périphérie des racines et aussi dans leur intérieur ; en aucun point les granulations ne s'accumulent autour des cellules de la substance grise et bien que quelques-unes puissent être décelées à l'extrémité de la corne postérieure les éléments cellulaires de cette dernière restent toujours intacts.

En somme, bien que respectant de nombreux tubes nerveux de la substance blanche, tous les éléments de la substance grise et la plupart des relais Clarkiens, les grains de colorants injectés par voie rachidienne affectent une répartition nettement superposable aux lésions tabétiques.

Par conséquent, bien que l'expérimentation montre l'absence de communication entre les espaces péricellulaires et le liquide céphalo-rachidien, bien que ce dernier ne paraisse nullement animé

d'un courant centripète qui serait destiné aux éléments nerveux profonds, il n'est pas illogique de penser que les lésions commençantes, parenchymateuses et surtout méningées d'un tabès *incipiens*, les lésions croissantes d'un tabès actif et évolutif pourraient être améliorées par une thérapeutique spécifique intrarachidienne.

C'est sur ces bases expérimentales que, sans cependant espérer une action médicamenteuse exclusivement directe nous nous sommes appuyés pour tenter sous la direction de M. le professeur Riser quelques essais de traitement rachidien arsenical dans le tabès.

III. — Observations

1° On trouvera, exposées avec quelques détails dans les huit observations qui suivent les circonstances cliniques au cours desquelles le traitement rachidien a été appliqué et les conséquences immédiates et lointaines dont il a été l'origine.

Cas I. — *Tabès actif* (MM. Riser et Gadrat).

Mme D..., 50 ans, malade du Dr Belugou, de Lamalou, a été traitée par ce dernier pour tabès ayant débuté à 30 ans (mari syphilitique avéré). La malade a suivi des cures régulières d'huile grise, de sels solubles de mercure et de novarsénobenzol à partir de 1915. Ce dernier traitement a été activement et régulièrement mené depuis 1916 à raison de 3 séries annuelles de 914 (6 à 7 grammes chaque fois). Cela n'a pas empêché le tabès d'évoluer, lentement il est vrai.

En 1921, la malade présente une aréflexie tendineuse complète des membres inférieurs, un signe d'Argyll net, quelques troubles passagers d'incontinence, de la frigidité, une légère ataxie avec quelques troubles de la sensibilité profonde, du sens spatial en particulier. Mais les douleurs fulgurantes des membres inférieurs sont très fréquentes, très violentes et par périodes de 6 à 7 jours consécutifs, empêchant absolument le repos et même l'alimentation.

Une ponction lombaire faite en janvier 1921 donne les résultats suivants : albumine : 0 gr. 40 ; cytose : 10 lymphocytes ; réaction de Wassermann : positive forte ; benjoin : 0122 ; dans le sang, la réaction de Wassermann est fortement positive. Les douleurs, très vives, résistant à toute thérapeutique, un essai de traitement intrarachidien est mis en œuvre.

La première injection est pratiquée le 12 janvier 1921 avec du « sérum salvarsanisé » ; on injecte dans la cavité rachidienne un demi-milligramme de sulfarsénol dissous dans 5 centimètres cubes de sérum de la malade obtenu la veille ; l'injection est faite après soustraction de 5 cen-

timètres cubes de liquide céphalo-rachidien et avec brassage méthodique.

Cette injection a seulement déterminé une céphalée très vive et quelques vomissements, une hyperthermie de 38°4, de la raideur et de la douleur de la nuque, des douleurs vives, mais supportables, dans les membres inférieurs et le périnée avec sensation de striction du tronc. Le liquide céphalo-rachidien était hypertendu le soir (50 centimètres cubes au Claude en position couchée), légèrement xanthochromique, renfermant plus de 1.000 polynucléaires par millimètre cube. Les douleurs ont persisté une quinzaine de jours, à peu près quotidiennes.

La deuxième injection est pratiquée le 1er février avec la même dose et suivant la même technique. Mais elle détermine presque immédiatement des douleurs assez vives, de la rachialgie qui va en augmentant et s'accompagnant de sciatalgie double. Deux heures après l'injection, ces douleurs étaient extrêmement violentes, continuelles, arrachant des cris à la malade qui, pâle, défaite, inondée de sueurs, vomissait abondamment. Il fallut utiliser 4 centimètres cubes de somnifène intraveineux et 3 centigrammes de morphine pour obtenir un apaisement relatif. Pendant une semaine, les douleurs restèrent les mêmes, nécessitant 5 à 6 centigrammes de morphine par jour. Il fallut sonder la malade pendant 12 jours et la marche demeura impossible pendant 15 jours, pénible pendant un mois.

Mais, à partir du 1er mars, c'est-à-dire un mois après la deuxième injection, les douleurs fulgurantes qui étaient presque continuelles et très vives depuis plusieurs années se firent beaucoup plus rares et disparurent presque complètement.

Depuis elles n'ont pas reparu et il est évident que le traitement rachidien a eu sur ces douleurs une influence certaine.

Cas II. — *Tabès actif* (MM. Riser et Gadrat).

H... B., 42 ans. Nie la syphilis. A été réformé en 1919 pour tabès en évolution. Avant la guerre, il présentait déjà quelques douleurs dans les membres inférieurs. Il est évacué en 1915 pour gastrite : il s'agissait vraisemblablement de crises gastriques, crises très brutales durant 4 à 5 jours avec douleurs atroces et vomissements incoercibles, cessant brusquement, sans troubles gastriques dans l'intervalle.

En 1916, apparaît une diplopie nette qui dure un mois ; le sujet refuse l'évacuation. En 1918, le diagnostic est posé à la suite d'une nouvelle diplopie accompagnée de douleurs très vives dans les membres inférieurs. La réaction de Wassermann est fortement positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

En 1920, ce malade présentait tous les signes d'un grand tabès assez évolutif : signe d'Argyll, aréflexie et troubles de la sensibilité profonde, ataxie assez prononcée, incontinence d'urine fréquente, impuissance, douleurs très vives dans les membres inférieurs, paralysie de la VIe paire de droite, aortite. L'examen du liquide céphalo-rachidien donne : albu-

mine : 0,40 ; cytose : 72 cellules par millimètre cube ; réaction de Wassermann : fortement positive ; benjoin : 1222.

De 1920 à 1924 un traitement spécifique intensif a été appliqué. Chaque année, il a été fait : 10 grammes de 914 (en deux fois, par voie intraveineuse sans dépasser 0 gr. 60 et 0 gr. 40 de cyanure de mercure en deux séries). En 1924, le malade a reçu en outre 20 ampoules de bismuth (B. I. A) ; il faut enfin ajouter qu'il absorbait 100 grammes d'iodure par an.

Les résultats de ce traitement n'ont pas été brillants : certes, le liquide céphalo-rachidien a été relativement éclairci ; en 1924, il renfermait : albumine : 0,40 ; cytose : 2 cellules par millimètre cube ; la réaction de Wassermann était toujours positive et le benjoin donnait : 0012. Mais les douleurs fulgurantes et les crises gastriques avaient augmenté de fréquence et aussi d'intensité. Certaines crises étaient atroces, nécessitant de la morphine à haute dose et elles amenèrent le malade, pourtant équilibré et courageux à faire deux tentatives de suicide.

En mai 1925, devant l'intensité et la continuité des douleurs et après échec d'une série de 15 injections de stovarsol (20 gr.), un traitement intrarachidien est tenté.

Le malade reçoit la première injection le 5 mai 1925 à 10 heures. Dans la position couchée, on prélève 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien auquel on ajoute 1 milligramme de sulfarsénol déjà dissous dans 1 centimètre cube d'eau ; on mêle bien, on brasse et on réinjecte le tout.

A 10 h. 1/2, le malade est pris d'une rachialgie intense, de douleurs vésicales et périnéales avec contracture de l'abdomen. A 11 h. 1/2, grand déclanchement de douleurs très violentes, continues, siégeant dans les membres inférieurs et les aines. A midi, le malade est allongé en chien de fusil, pâle, couvert de sueur ; il n'a pas de fièvre, son pouls bat à 140 ; il présente une raideur intense des membres inférieurs et des muscles lombaires ; les douleurs abdominales se répètent au rythme de plusieurs par minute.

Malgré 5 centigrammes de morphine, les paroxysmes douloureux sont tels qu'on se décide à faire 5 centimètres cubes de somnifène intraveineux qui amène au bout de 20 minutes un profond sommeil entrecoupé cependant de soubresauts et de plaintes. A 17 heures, une ponction lombaire ramène un liquide trouble renfermant environ 2.000 polynucléaires par millimètre cube, un certain nombre d'hématies et 2 grammes d'albumine. A 7 heures, la température est de 38°5, le pouls est à 130. On injecte de l'huile camphrée, on vide la vessie, on administre un lavement glucosé. Le lendemain, le malade est moulu et souffre encore beaucoup. Pendant une semaine, il a fallu utiliser chaque jour 5 à 6 centigrammes de morphine en deux fois ; le malade sort de cette épreuve amaigri, blême, plus ataxique qu'auparavant ; mais à partir du quinzième jour, les douleurs fulgurantes et les crises gastriques s'amendent.

Le malade, très courageux, a reçu sur sa demande expresse, quatre autres injections de 1 milligramme chacune, à 10 ou 12 jours d'intervalle. Chaque fois, les mêmes réactions très violentes se sont produites.

A partir de septembre 1925, les douleurs disparaissent complètement, l'ataxie régresse. L'état général s'améliore très notablement.

Depuis cette date, bien qu'il n'ait plus reçu de traitement spécifique qu'il refuse énergiquement, le malade est amélioré au point de vue fonctionnel d'une manière certaine : les crises douloureuses n'ont pas reparu ; l'ataxie est toujours marquée (le malade marche avec des cannes) ; la rétention d'urine est fréquente à certaines périodes ; les signes objectifs sont naturellement inchangés. Le liquide céphalo-rachidien présente une albuminose résiduelle de 0 gr. 50, sans cellule, la réaction de Wassermann est devenue négative ; le benjoin donne : 0000. En somme, les injections intrarachidiennes de sulfarsénol chez un tabétique à crises douloureuses très pénibles et fréquentes ayant résisté à tous les traitements ont déterminé une exacerbation passagère, mais impressionnante des douleurs suivie d'une suppression radicale de ces dernières.

Cas III. — *Névraxite diffuse syphilitique* (avec prédominance de lésions radiculaires) (MM. Riser et Gadrat).

Syphilis contractée à 24 ans. A 30 ans, le sujet présente quelques douleurs à type fulgurant dans les membres inférieurs. En 1919, le malade subit, dans le service de M. le professeur Audry, un traitement intense par le mercure et le 606 intraveineux (6 injections de 0 gr. 90, 2 séries dans l'année).

En 1920, on voit apparaître de la parésie des membres inférieurs, des douleurs fulgurantes très vives, une paralysie fugace de la IIIe paire gauche, totale, extrinsèque.

En 1922 : névraxite diffuse avec parésie des membres inférieurs, signe d'Argyll, Babinski double, abolition des réflexes rotuliens, léger ptosis gauche. Dans le liquide céphalo-rachidien : 200 cellules, 2 grammes d'albumine ; réaction de Wassermann fortement positive.

Traitement de Gennerich par double ponction : première injection de 1/2 milligramme de sulfarsénol dilué dans 50 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien très bien tolérée ; deuxième injection 3 jours après de 1 milligramme, également bien tolérée ; une troisième injection de 1 mg. 1/2 est pratiquée 12 jours après à 10 heures et tout de suite détermine des douleurs lombaires très vives. A 2 heures : paralysie complète des membres inférieurs sans troubles objectifs de la sensibilité avec douleurs sciatiques et périnéales très vives. Le soir, à 17 heures, paraplégie complète, anesthésie à tous les modes remontant jusqu'à D^{8} environ, rétention d'urine complète, température 38°5, pouls 130. Le malade accuse des douleurs thoraciques en ceinture très violentes, mais depuis midi, les douleurs abdominales et les douleurs dans les membres inférieurs ont absolument disparu (cordotomie par

myélite). Une ponction lombaire à 18 heures ramène un liquide un peu sanglant, hypertendu (tension : 48 centimètres couché), renfermant 2.000 polynucléaires, 1.000 hématies par millimètre cube (après dilution au centième à la Nageotte) et 2 grammes d'albumine.

Dans les jours qui suivent, s'installe une paraplégie totale par myélite transverse avec anesthésie complète remontant jusqu'à D^{12} et hypoesthésie à tous les modes de D^{12} à D^{6}.

La température oscille entre 38° et 39°. Des escarres apparaissent et le malade meurt un mois après.

L'examen de la moelle après formolage montre au niveau de D^{12} un foyer hémorragique très étendu détruisant toute la région postérieure de la moelle sur 1 centimètre de hauteur et dissociant les cornes antérieures. Au-dessous et au-dessus jusqu'à D^{6}, il existe plusieurs petits foyers punctiformes lenticulaires surtout situés dans les régions postérieures de la moelle.

CAS IV, V, VI, VII, VIII. — *Tabès actifs* (MM. RISER et GADRAT).

Chez 5 autres tabétiques souffrant vivement de crises gastriques avec ou sans douleurs fulgurantes dans les membres, le traitement intrarachidien a été appliqué par la méthode de la simple ou de la double ponction.

Les doses injectées dans les espaces sous-arachnoïdiens ont été de 1/4 à 1 milligramme et demi de sulfarsénol ; chaque malade a reçu au moins 3 injections ; l'un d'eux en a reçu 5 parce qu'il les tolérait relativement bien, sans trop d'exacerbations douloureuses. Chez les quatre autres, les douleurs rachidiennes, périnéales, abdominales et sciatiques qui suivaient l'injection étaient vives et persistantes, calmées seulement par de très hautes doses de morphine.

Aucun de ces malades ne bénéficia du traitement : les crises douloureuses demeurèrent assez fréquentes, aussi violentes qu'auparavant ; chez deux d'entre eux, l'ataxie fut nettement aggravée ; chez un autre, une rétention d'urine s'installa et persista pendant plus de 6 mois. Tous présentèrent 8 à 10 heures après les injections de très fortes réactions méningées humorales à liquide louche, une fois presque puriforme, toujours plus ou mains xanthochromique et renfermant quelques hématies.

En résumé chez ces 5 tabétiques le traitement arachnoïdien pénible pour un seul, très douloureux pour les autres fut sans action sur les douleurs et dans deux cas aggrava l'ataxie.

2° *Analyse critique des observations précédentes.*

Les observations précédentes permettent de se rendre compte d'un certain nombre de faits fort instructifs que met bien en lumière l'analyse des traits principaux qui les caractérisent.

a) ***Les formes anatomocliniques.*** — Le traitement intrarachidien a été appliqué ici dans 7 cas de tabès actifs et évolutifs; dans un cas il s'agissait d'un véritable névraxite diffuse avec cependant prédominance de lésions radiculaires postérieures. Tous ces malades étaient amenés par des phénomènes douloureux périphériques ou gastriques, toujours extrêmement pénibles au point même d'avoir amené l'un deux à des tentatives de suicide.

Les traitements intraveineux les plus intensifs par le mercure et le salvarsan étaient restés sans effet sur les douleurs et les signes liquidiens montraient le caractère actif des lésions.

C'est précisément la persistance des phénomènes douloureux et l'évolution du tabès malgré les traitements spécifiques habituels qui ont conduit à tenter une thérapeutique rachidienne.

b) ***Les traitements mis en œuvre.*** — Ces différents malades ont été soumis à des injections rachidiennes de sulfarsénol à doses variant de 1 demi-milligramme à 1 milligramme et demi par séance. Dans le premier cas seulement nous avons utilisé du sérum sanguin sulfarsénolisé ; dans toutes les autres observations le médicament a été dissous dans du sérum physiologique.

Il est intéressant de remarquer la tolérance très différente d'un même malade pour des doses cependant très voisines. L'accumulation du médicament ne peut expliquer ces faits puisqu'on a démontré sa résorption par voie veineuse.

Pour obtenir une bonne diffusion, les injections ont été pratiquées chaque fois avec brassage méthodique ; elles étaient espacées de 10 à 15 jours en moyenne et répétées de 2 à 5 fois.

c) ***Les incidents immédiats.*** — Dans la plupart des cas les injections rachidiennes ont été suivies d'exacerbations absolument intolérables des phénomènes douloureux au point de nécessiter des doses très importantes de morphine et de somnifène. Après la deuxième injection dans le cas I une rétention d'urine complète s'est installée; elle a persisté pendant 12 jours.

Des réactions méningées intenses, cliniques et liquidiennes ont été déclanchées le plus souvent. Ces réactions, apparues très précocement persistaient pendant une semaine environ et s'atténuaient progressivement.

d) ***Les résultats éloignés.*** — Dans deux observations où le traitement rachidien fut appliqué après échec des médications intraveineuses, les douleurs ont radicalement et définitivement disparu un mois et demi après le début du traitement lombaire. Dans cinq autres cas les malades n'ont ressenti aucune amélioration et deux d'entre eux ont vu leurs phénomènes ataxiques s'aggraver.

Enfin dans l'observation III, la troisième injection rachidienne entraîna une paraplégie totale qui emporta le malade au bout d'un mois. L'injection arsenicale avait déterminé au niveau de D^{12} un gros foyer de myélite hémorragique.

3° *Conclusion de ces essais.*

L'analyse de tous ces résultats montre que la thérapeutique intraarachnoïdienne du tabès peut entraîner parfois des améliorations appréciables, mais cantonnées dans le domaine des troubles subjectifs commandés en partie par les lésions méningées. Malheureusement les solutions arsenicales, même très diluées, se révèlent beaucoup trop agressives pour la substance nerveuse et en cela même dangereuses.

En injection sous-arachnoïdienne l'arsenic entraîne des chocs méningés extrêmement violents avec parfois des réactions hémorragiques du parenchyme sous-jacent. Les doses susceptibles de provoquer ces considérables désordres sont variables avec les sujets et ne peuvent guère être précisées : cela suffit à exclure du domaine pratique une méthode que l'expérimentation montre logique et rationnelle dans une certaine mesure.

IV. — Conclusions générales

Le traitement rachidien du tabès est aujourd'hui à peu près abandonné partout. Pour quelles raisons ?

1° Il ressort avant tout des observations publiées que la méthode n'est pas sans danger de sorte qu'à l'heure actuelle on ne saurait envisager un traitement rachidien pratique du tabès. Les essais tentés jusqu'à ce jour sont intéressants mais ils ne peuvent être continués avec les médicaments dont nous disposons. A la rigueur le traitement arachnoïdien du tabès peut devenir possible si l'on

parvient à isoler un médicament spécifique dénué de toute agressivité vis-à-vis de la substance nerveuse et des méninges.

2° Il est par ailleurs peu probable que le néosalvarsan agisse directement sur les processus syphilitiques et surtout sur les lésions scléreuses constituées. L'action thérapeutique de l'arsenic est vraisemblablement beaucoup moins simple,. et tout porte à croire que le médicament qu'on injecte si couramment dans les veines doive subir de profondes modifications dans le torrent circulatoire avant de pouvoir exercer ses effets.

En admettant même (ce que l'expérimentation est bien loin de démontrer) que le néosalvarsan parvienne à se fixer sur certaines cellules nerveuses comme les colorants vitaux avec lesquels il présente des analogies chimiques incontestables (Goudsmit, p. 97) il n'est pas prouvé qu'il exerce une action efficace puisqu'on sait que le tréponème vit dans l'arsenic. Le traitement intrarachidien du tabès par des médicaments spécifiques ne saurait être comparé au traitement rachidien de la méningite cérébro-spinale par le sérum antiméningococcique.

Pour condamnable qu'il soit, il faut reconnaître cependant que le traitement rachidien a donné des améliorations dans de nombreux cas (Gradwhol, Spencer, Marinesco et Minea, Lafora, Jeanselme et Bloch, Gennerich, Paulian et Bistriceano et nous-mêmes) ; il a souvent amélioré des malades en proie aux plus terribles douleurs fulgurantes ou gastriques : à ce titre il n'a pas tout à fait mérité sa complète disgrâce.

Ajoutons que Kafka considère l'atrophie optique comme une indication formelle du traitement salvarsanique endolombaire. Nous ne sommes pas en état de nous prononcer.

BIBLIOGRAPHIE

Boudreau. — Présent opinion on intraspinal therapy in neurosyphilis. *Medical Record*, 1921, p. 535.

Byrnes. — The intradural administration of mercurialized serum in the treatment of cerebrospinal syphilis. *Journal of the American Medical Association*, 1914, p. 2182.

Campbell. — The treatment of parenchymatous syphilis by intracranial medication. *The Lancet*, 1914, p. 1529.

Campbell et Ballance. — The treatment of general paralysis of the insane by the introduction of salvarsanised serum into the lateral ventricle and a suggestion for the arrest of tabetic optic atrophy by the same means.

Cestan et Riser. — Les directives modernes du Traitement des Méningites et des Névraxites infectieuses. *Paris Médical*, 1924, p. 255.

Cestan, Riser et Laborde. — Les bases expérimentales du traitement intraventriculaire et intraméningé. *Revue Neurologique*, 1924, p. 12.

Cestan, Riser et Peres. — The intraventricular treatment of paresis. *Journal of nervous and mental diseases*, 1927, p. 227.

Coombo Knap. — The treatment of paresis by intraventricular injections of diarsenolized serum with presentation of cases. *Boston Medical and Surgical Journal*, 1916. *Analyse in Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1916-1917, p. 495.

Corning. — Spinal anesthesia and local medication of the chord. *New-York Medical Journal*, 1885, t. XLII, p. 483.

Cummer et Dexter. — Intraspinal treatment of cerebrospinal syphilis. *The Journal of the American Medical Association*, 1918, p. 788.

Ducros. — Traitement mercuriel au cours des myélites syphilitiques. *Thèse Paris*, 1902-1903.

Eskuchen. — Zur Behandlung der syphilis des zentralnervensystems nash Swift et Ellis. *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 1914, p. 747. *Analyse in Annales Dermatologie et de syphiligraphie*, 1916-1917, p. 219.

Fordyce. — Truth about intraspinal injections in treatment of syphilis of the nervous system. A reply. *Journal of the American Medical Association*, 1917, p. 1482.

Gaines. — Intraspinal medication in the treatment of syphilitic disease of the nervous system. *Medical Record*, 1917, p. 1034.

Gennerich. — Die syphilis des Zentralnervensystems ihre ursachem und behandlung, Berlin, 1921 (chez Spinger)

Goudsmit. — Experimental investigations with trypan blue in connection with the intraspinal treatment of *lues nervosa*. *Thèse Amsterdam*, 1920.

Gradwhol. — Sérum Salvarsanisé administré par voie intraspinale *in vivo*. *C. R. Soc. Biologie*, 18 juillet 1914, p. 395.

Hall, Culbertson et Slacht. — Reactions following intraspinal injections of mercury. *Journal of the American Medical Association*, 1916, p. 2062.

Houch. — Intraspinous injection of salvarsanized serum in the treatment of syphilis of the nervous system including tabes and paresis. *Journal of the American Medical Association*, 1914, p. 183.

Jeanselme, Vernes et Bloch. — Réactions humorales dans le tabès et la paralysie générale. Injections sous-arachnoïdiennes de néosalvarsan. *Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 12 décembre 1913, p. 792.

Kleidel et Moore. — Treatment of neurosyphilis by the intraspinal route. *Bulletins of the Johns Hopkins Hospital*. Analysé *in New-York Medical Journal*, 1921, p. 126.

Lafora. — Traitement intrarachidien des affections syphilitiques et parasyphilitiques du système nerveux. *Revue Neurologique*, 1919, p. 625.

Lehmann. — Etude sur les injections intrarachidiennes de néosalvarsan. *Thèse Paris*, 1913-1914.

Lhermitte et Levy. — Injections sous-arachnoïdiennes de fibrolysine dans le tabès. *Revue Neurologique*, 1907, p. 1215.

Mac Caskey. — The autoserolsalvarsan treatment of syphilis of the central

nervous system. *Journal of the American Medical Association*, 1914, p. 187.

MARCORELLES. — La thérapeutique intrarachidienne dans la syphilis nerveuse précoce et tardive. Etude critique. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1916-1917, p. 299.

MARIE et LEVADITI. — Essais de traitement de la paralysie générale par application de néosalvarsan dans le canal rachidien. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 28 novembre 1913, p. 675.

MARINESCO. — Sur quelques résultats obtenus par le « 606 » dans le traitement des maladies nerveuses. *Presse Médicale*, 28 janvier 1911, p. 65.

MARINESCO et MINEA. — L'emploi des injections de sérum salvarsanisé *in vitro* et *in vivo* sous l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le tabès et la paralysie générale. *Revue Neurologique*, 1914, p. 337.

MARINESCO. — Remarques sur le travail de M. Lafora : traitement intrarachidien des affections syphilitiques du système nerveux. *Revue Neurologique*, 1919, p. 901.

MARINESCO. — A propos de la note de MM. Sicard et Paraf sur le traitement intrarachidien de la syphilis nerveuse. *Revue Neurologique*, 1921, p. 325.

MARINESCO et DRAGANESCO. — Traitement intra-arachnoïdien des affections métasyphilitiques. *Presse Médicale*, 1925, p. 130.

MESTREZAT et SAPPEY. — Des injections intrarachidiennes d'électromercurol dans le tabès. Modifications consécutives du liquide céphalo-rachidien ; action sur le processus méningé et les lésions profondes. *C. R. Soc. Biologie*, 23 juillet 1910, p. 167.

MEYERSON. — Results of the Swift-Ellis intradural method in general paresis. *Boston Medical and Surgical Journal*. Analysé *in Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1916-1917, p. 104.

OGILVIE. — The intraspinal treatment of syphilis of the central nervous system with salvarsanized serum of standard strength. *Journal of the American Medical Association*, 1914, p. 1936.

PAULIAN. — Le traitement intrarachidien de la syphilis nerveuse. Rachiserum-salvarsanothérapie. *Paris Médical*, 1921, p. 59.

PAULIAN et BISTRICEANO. — Après trois ans de traitement intrarachidien par le sérum néosalvarsanisé. *Paris Médical*, 1923, p. 376.

RAVAUT. — Les injections intrarachidiennes de néosalvarsan dans le traitement de la syphilis nerveuse. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 5 décembre 1913, p. 752.

RAVAUT. — Deux cas de syphilis nerveuse traités par les injections intrarachidiennes de mercure et de néosalvarsan. *Gazette des Hôpitaux*, 1913, p. 1061.

RAVAUT, ARBEIT, RABEAU. — Injections intrarachidiennes de néosalvarsan dans le traitement des syphilis nerveuses. *Paris Médical*, 1920, p. 353.

RODRIGUEZ. — Nos résultats personnels dans les traitements intrarachidiens des neuro-syphilis. *Revue Neurologique*, 1920, p. 439.

RYTINA et JUDD. — A report of the treatment of cerebrospinal syphilis by intraspinous injections of salvarsanized serum. *The American Journal of Medical Sciences*, 1915, p. 247.

SACH. — Truth about intraspinal injection in treatment of syphilis of nervous system. *Journal of the American Medical Association*, 1917, p. 681.

SICARD. — Essais d'injections microbiennes, toxiques et thérapeutiques par voie céphalo-rachidienne. *C. R. Soc. Biologie*, 30 avril 1898, p. 472.

SICARD. — Traitement de certains symptômes du tabès inférieur par les injections arachnoïdiennes. *C. R. Soc. Biologie*, 25 juin 1910, p. 1105.
SICARD et REILLY. — Craniocentèse et injections sous-arachnoïdiennes. *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 décembre 1913, p. 861.
SICARD. — Réunion Neurologique annuelle de la Société de Neurologie. *In Revue Neurologique*, 1920, p. 678.
SICARD et PARAF. — A propos du traitement intrarachidien de la syphilis nerveuse. *Revue Neurologique*, 1920, p. 1032.
SPENCER. — The intrathecal injection of salvarsanised serum. *The Lancet*, 1914, p. 1531.
SWIFT et ELLIS. — The direct treatment of syphilitic diseases of the central nervous system. *New-York Medical Journal*, 1912, p. 54.
SWIFT. — Intraspinal treatment of syphilis of the central nervous system. *Journal of American Medical Association*, 1917, p. 2093.
WARFIELD. — A simplified method for the intrameningeal injection of neosalvarsan in syphilis of the nervous system. *Journal of American Medical Association*, 1914, p. 2287.
WECHSELMANN. — Ueber intralumbale injection von neosalvarsan. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1912, p. 1447.

Consulter surtout : Indolumbale Behandlung der Syphilis, par V. KAFKA in : *Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten* (JADASSOHN), tome XVII, 1re partie, p. 598.
(On y trouvera les techniques dérivées de celle de GENNERICH par BENEDEK, NAST, SCHACHERL, etc., et une bibliographie étrangère très étendue.)

ANALYSES

des principaux travaux reçus en septembre 1932.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

De l'importance diagnostique des injections intradermiques de cultures vivantes et mortes de gonocoques, par E. M. Levine et M. S. Fink. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, no 9, septembre 1932, p. 645.

Les auteurs ont voulu déterminer si l'injection intradermique de vaccin frais ou de cultures fraîches de gonocoques donnait des résultats certains. Ils ont injecté des doses allant de 20 millions à 200 millions de corps microbiens dilués dans 0 cc. 2 de solution physiologique de chlorure de sodium dans la peau de la partie interne de l'épaule, à des malades présentant une gonorrhée aiguë ou compliquée, et à des personnes n'en ayant jamais présenté. Encore qu'on puisse noter de très légères différences entre ces deux groupes de malades, les auteurs concluent que cette méthode est impropre pour le diagnostic de la gonorrhée. H. Rabeau.

De l'importance immunologique de la réaction de Herrold, par E. M. Levine, M. S. Fink et D. A. Bykhovsky. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, no 9, septembre 1932, p. 657.

Les recherches de L. et F. ayant été faites sur des malades atteints de gonorrhée ayant subi un traitement plus ou moins prolongé, les auteurs ont recherché la valeur de la réaction gonotoxique intradermique chez des malades n'ayant encore été soumis à aucun traitement. Ils concluent que l'injection intradermique de gonotoxine n'a pas d'importance diagnostique chez de tels malades.

H. Rabeau.

L'injection intracardiaque de sérosité de lésions syphilitiques humaines, comme moyen de produire la syphilis expérimentale des lapins, par W. E. Coutts, F. Landa, J. Martini. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, no 9, septembre 1932, p. 662.

Les auteurs inoculent la sérosité de lésions syphilitiques, diluée dans du sérum physiologique par voie intracardiaque. Trois mois après l'inoculation, la réaction de Kahn est fortement positive. Pourtant, 120 jours après l'inoculation, aucun des animaux injectés ne présenta de lésions visibles de syphilis. H. Rabeau.

Erythème biotropique, puis ictérotoxique, puis érythème pointillé tardif toxique et purpura, par Gougerot et Patte. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, no 9, septembre 1932, p. 665.

Une malade de 38 ans présentant un chancre syphilitique du col utérin traité par un composé arsenical trivalent, a d'abord un érythème

du 9e jour apparu au début d'une première cure arsenicale après trois injections, qui guérit rapidement. Deux semaines plus tard, survient un ictère franc, cholurique, qui croît pendant 12 jours, puis décroît, s'étalant sur près d'un mois. Au cours de cet ictère, 36 jours après le début du traitement, apparaît une deuxième éruption d'érythème pointillé à tendance purpurique, avec purpura cutané et muqueux. La malade éthylique avait avant le début de l'ictère un gros foie et une grosse rate. H. RABEAU.

Chancre syphilitique de la paroi abdominale, par J. PELLEGRIN (Nice). *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, septembre 1932, p. 673.

Chez un malade ayant présenté six mois auparavant une maladie de Nicolas-Favre, P. observa une lésion croûteuse de l'abdomen, faisant d'abord songer à un impétigo vulgaire. La croûte détachée, on constate une ulcération ovalaire sans réaction inflammatoire périphérique. L'examen ultra-microscopique montra de nombreux spirochètes.

H. RABEAU.

Chancre syphilitique géant de la paroi thoracique, par A. CARTEAUD. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 9, septembre 1932, p. 670.

Vaste chancre syphilitique de la paroi thoracique survenu au siège d'une brûlure, avec réaction péri-chancreuse typique, spirochètes dans l'ulcération, roséole généralisée. H. RABEAU.

Annales d'Anatomie pathologique (Paris).

A propos de quelques lésions extraganglionnaires de la lymphogranulomatose maligne, par P. FOULON. *Annales d'Anatomie pathologique*, t. IX, n° 7, juillet 1932, pp. 725-744, 8 fig.

Étude très soigneuse des lésions hépatiques, pulmonaires, spléniques, osseuses, digestives.

Dans ces organes, il existe ou bien des lésions circonscrites nodulaires, secondaires à un processus lymphangitique, ou bien des lésions diffuses caractérisées par une atteinte d'emblée généralisée des éléments à potentiel réticulo-endothélial. Quand les altérations ganglionnaires prédominent, les lésions des autres organes prennent une allure métastatique. A. BOCAGE.

Journal de Médecine de Paris.

L'essence de mirbane, médicament antimycosique, par FERRABOURS et E. FRIESS. *Journal de Médecine de Paris*, 52e année, n° 36, 8 septembre 1932, p. 728.

Les auteurs ont ensemencé de *penicilium glaucum* des tubes de bouillon de culture, dans lesquels ils ont ajouté des quantités croissantes d'essence de mirbane. A une dilution à 1 pour 600, l'essence de mirbane agit efficacement comme antimycosique. Ils ont utilisé ces propriétés en clinique contre le *pityriasis versicolor* et les trichophyties de

l'adulte avec des résultats satisfaisants. Ils conseillent un décapage préalable au savon, et pensent qu'on pourrait facilement incorporer au savon le nitrobenzène et réaliser ainsi des savons décapants et antimycosiques. H. Rabeau.

Journal d'Urologie (Paris).

Les urétrites non gonococciques, diagnostic, étiologie, traitement, par P. Barbeillon. *Journal d'Urologie médicale et chirurgicale*, t. XXXIV, n° 3, septembre 1932, p. 177.

Parmi les uréthrites non gonococciques, un tiers environ sont des « uréthrites simples d'emblée » sans antécédents blennorragiques. Malgré leur durée et leurs rechutes, elles ne donnent pas de lésions chroniques. Néanmoins, des épididymites peuvent survenir, on les rattachera soit à la tuberculose soit à une infection par germes banaux. On devra toujours penser à la tuberculose en présence d'une uréthrite postérieure non caractérisée. Le traitement de ces uréthrites non gonococciques est souvent fort difficile. H. Rabeau.

La Presse Médicale (Paris).

La lymphogranulomatose inguinale subaiguë et ses relations avec le syphilome ano-rectal de Fournier, par E. de Gregorio. *La Presse Médicale*, 40e année, n° 75, 17 septembre 1932, p. 1416.

Dans l'étiopathogénie des sténoses inflammatoires du rectum, il existe encore des faits mal connus. L'origine lymphogranulomateuse a pu être démontrée par les inoculations à l'animal (Ravaut, Levaditi...), par les intradermo-réactions dans certains cas. L'auteur a éprouvé une série de malades à l'antigène de Frei et à l'antigène streptobacillaire ; d'une part des malades atteints de sténose rectale (19 cas), d'autre part, des malades non atteints de manifestations ano-rectales (53 cas). Les résultats de ces intradermo-réactions lui ont montré la fréquence de la lymphogranulomatose en général dans le milieu spécial où il observait, et des formes relativement bénignes ne suppurant pas. La part de la syphilis est difficile à déterminer, la plupart de ces malades ayant une sérologie positive. H. Rabeau.

État actuel de la sérologie de la syphilis, par E. Debains. *La Presse Médicale*, 40e année, n° 76, 21 septembre 1932, p. 1435.

Dans cette revue générale, D. montre les résultats des différentes conférences de sérologie, les progrès des techniques et l'utilité de l'École de sérologie de la Faculté de Médecine de Paris qui formera des techniciens. Il décrit les techniques les plus sûres et rappelle les résolutions de la Conférence de Copenhague. Pour lui, l'examen d'un sérum doit comporter une réaction de Bordet-Wassermann suivant une technique convenablement choisie, deux réactions de floculation : réaction de Kahn et réaction de clarification de Meinicke auxquelles on pourra

adjoindre la réaction de conglomération de Müller. Le contrôle sérologique des traitements devra être fait une fois par mois au moins et être exprimé sous forme de courbe d'intensité. La collaboration du syphiligraphe et du sérologiste doit être permanente.

H. Rabeau.

Revue de Médecine (Paris).

Le traitement du nouveau-né issu de souche syphilitique, par M. et Mme Montlaur. *Revue de Médecine*, no 7, juillet 1932, p. 440.

« Tout l'avenir de l'enfant issu de souche syphilitique peut tenir à l'opportunité et à l'intensité du traitement initial institué au cours du premier mois de la vie », disent les auteurs. A côté des signes certains d'hérédo-syphilis, il en est d'autres d'interprétation délicate et, dans un certain nombre de cas, l'action favorable du traitement viendra trancher l'hésitation. Quels médicaments utiliser, sous quelles formes, à quelles doses, quel mode d'allaitement, quel traitement général instituer ? Toutes questions auxquelles on trouvera des réponses précises, ainsi que des conseils d'utilité journalière.

H. Rabeau.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Le degré de pénétration de la flore vaginale dans la paroi vaginale normale, par Rodolfo Sammartino. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. III, no 8, août 1932, p. 639, 2 fig.

L'examen de frottis du contenu vaginal et de préparations biologiques de la paroi permet de constater que la pénétration des germes en profondeur se limite exclusivement à la couche supérieure (functionalis), la couche basilaire constituant une véritable barrière contre l'invasion de la flore vaginale. Les bacilles sont assez rares. On trouve surtout des cocci.

J. Margarot.

Lyon Médical.

Mastoïdite syphilitique, par Guillermin. *Lyon Médical*, 64e année, t. CL, no 37, 11 septembre 1932, p. 286.

L'auteur rapporte une intéressante et complète observation de mastoïdite syphilitique à type ostéoïtique ; il s'agit là d'une forme assez rare.

Jean Lacassagne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Nouvelles formes de la papillomatose (Neue Formen der Papillomatose), par Gougerot et A. Carteaud. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 232, 11 fig.

Sous cette dénomination, les auteurs présentent une étude d'ensem-

ble de 3 types nouveaux de papillomatoses : les papillomatoses ponctuées, pigmentées, verruqueuses, la papillomatose confluente et réticulée, la papillomatose nummulaire et confluente (les malades ont été présentés à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1929, n° 5, p. 218, 10 novembre 1927, 8 mars 1928, 19 avril 1928, 11 décembre 1930).

La description clinique de ces dermatoses rares et encore mal connues, est minutieusement traitée et de belles photographies permettent aux auteurs d'avoir une idée des lésions. L'étude histologique a été pratiquée par Mlle O. Eliascheff. Enfin, un tableau d'ensemble précise le diagnostic de ces papillomatoses avec les dermatoses voisines.

L'étiologie de ces processus papillomateux reste encore inconnue, et de ce fait, le traitement ne peut être que symptomatique.

Malgré l'incertitude étiologique, l'étude de ces dermatoses nouvelles et principalement de la papillomatose confluente et réticulée (maladie de Gougerot-Carteaud) est des plus intéressante. Cette affection a pu, en effet, à propos d'une observation récente d'Houloussi-Bedjet, être rapprochée de l'acanthosis juvénile bénin. A vrai dire, les auteurs pensent qu'en réalité il s'agit d'une affection différente. Cet article est le premier travail français important de dermatologie paru depuis la guerre dans une grande revue allemande.

Olga Eliascheff.

Recherches expérimentales sur l'influence de l'hormone ovarienne sur la formation du pigment (Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Ovarialhormons auf die Pigmentbildung), par Br. Bloch et A. Schrafl. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 268, 8 fig.

Travail expérimental sur l'influence de l'hormone ovarienne sur la formation du pigment. Les auteurs concluent : après l'implantation d'ovaires dans les reins (comme l'a déjà montré Lipschütz) il se produit chez les cobayes mâles castrés (et normaux) une hyperpigmentation du mamelon et de son aréole d'une intensité aussi forte que celle de la femelle gravide ; il en est de même après l'injection d'hormone sexuelle femelle (folliculine ou Œstroglandol) et même si l'on administre cet extrait avec les aliments. Le Prolan ne produit pas cet effet.

2° L'action de l'hormone consiste dans une activation et une augmentation du pouvoir pigmentogène préexistant. Elle ne se produit pas sur le mamelon des albinos ni sur les points complètement dépourvus de pigment des aréoles, ni sur ceux partiellement pigmentés du mamelon. *Ce sont seulement les mélanoblastes de l'épiderme* qui produisent directement ou indirectement, par les cellules, l'hyperpigmentation hormonale.

3° Il existe en général un parallélisme étroit entre le temps et l'intensité de l'hyperpigmentation et toutes les modifications produites par l'hormone dans les parties internes et externes de la glande mam-

maire (croissance, préparation de la glande [Laqueur]). Mais pendant la croissance, les variations individuelles sont beaucoup plus prononcées, de telle sorte que l'intensité finale de la pigmentation hormonale dépend de l'intensité de la coloration préexistant à l'expérimentation. La double action persiste encore un certain temps après la disparition de l'hormone introduite.

4° *L'action de l'hyperpigmentation par l'hormone se fait dans les mélanoblastes par une activation et une augmentation du ferment pigmentogène, la dopaoxydase.* Toutes ou presque toutes les cellules basales donnent des réactions positives en majeure partie maximales par le Dopa et présentent la forme dendritique. Tout l'épiderme, la couche cornée incluse, contient de grandes quantités de mélanine.

Olga Eliascheff.

Contributions à l'étude clinique et à l'étiologie des oïdiomycoses (Beiträge zur Klinik und Pathogenese der Oidiomykosen), par A. Staehelin, Jui-wu Mu et M. van Schouwen. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 294, 9 fig.

Travail expérimental et clinique sur les oïdiomycoses comprenant trois parties.

Ire Partie : La présence des champignons à levure sur la peau normale et leurs rapports avec les *Oidia* ou *Monilia* pathogènes. Les cultures de prélèvements faits sur la peau de sujets sains ou non atteints d'oïdiomycoses (cultures faites en six points différents de la peau) ont donné pour le matériel de la clinique dermatologique de Zurich les résultats suivants : sur 120 sujets examinés, on a pu cultiver des champignons à levure dans 77,5 o/o des cas, champignons prélevés sur un ou plusieurs points de la peau ; dans 82,8 o/o des cas chez des sujets ayant une peau tout à fait normale et dans 71,4 o/o chez des malades atteints d'une anomalie quelconque de la peau. On peut donc conclure que la présence sur la peau de champignons à levure est, dans le matériel de la clinique de Zurich, très fréquente (dans deux tiers des cas à peu près). 14 souches de provenance différente furent cultivées, provenant en partie de la peau normale et en partie des oïdiomycoses (*Soar, erosio interdigitalis, intertrigo oidiomycetica* des diabétiques, levurides, *Pityrosporon Malassez, Saccharomyces cerevisiae*). Ces souches furent cultivées sur des milieux différents et dans les mêmes conditions et comparées macro- et microscopiquement. Le résultat fut le suivant : les différences des cultures, excepté la culture de la levure de bière, ne sont ni assez constantes, ni assez nettes, pour que l'on soit en droit dès maintenant de les classer en différentes espèces. Les auteurs proposent de les classer provisoirement, avant d'avoir trouvé des signes constants et distinctifs pour le diagnostic différentiel, soit dans les *Oidia* soit dans les *Monilia*.

IIe Partie : Recherches sur l'oïdiomycineréaction. — Sur 83 sujets examinés (36 avec une peau saine, 47 atteints de différentes dermatoses

parmi lesquelles trois *intertrigo oidiomycetica*, pas de levurides d'après Ravaut), 82 sujets présentèrent des réactions urticariennes immédiates après l'injection d'oïdiomycine non diluée.

La solution d'oïdiomycine à 1 o/o ne donna une telle réaction que dans un tiers des cas.

2° 24 heures après l'injection, tous les 83 sujets examinés présentèrent une réaction inflammatoire sous forme d'une papule rouge, comparable à une réaction positive à la trichophytine. La réaction fut dans un tiers des cas macroscopiquement et cliniquement légèrement eczématoïde ; on constata ces deux réactions toujours chez des sujets atteints de dermatoses ainsi que chez des sujets sains. L'âge aussi ne joua aucun rôle ; cependant, la réaction immédiate après l'injection d'oïdiomycine à 1 o/o ne fut observée que chez des sujets âgés de plus de 15 ans.

3° On constate histologiquement dans ces foyers de réaction une légère modification de l'épiderme (léger œdème, légère acanthose une parakératose partielle, migration leucocytaire, à peine une trace de spongiose) dans le chorion, une infiltration inflammatoire nette avec présence prononcée de leucocytes polynucléaires. L'inflammation est surtout localisée dans et au pourtour des follicules et dans le derme surtout vasculaire et péri-vasculaire.

4° Les cobayes normaux réagissent de la même façon que l'homme à l'injection intradermique d'oïdiomycine non diluée ; il se produit une réaction inflammatoire 24 heures après.

Les auteurs confirment les résultats obtenus par l'élève de M. Ravaut, Hy. Il résulte aussi de leurs expériences que la peau de tous les sujets répond par une réaction inflammatoire 24 heures après l'injection intradermique d'oïdiomycine.

5° On observa dans deux cas (une oïdiomycose chez un homme et une oïdiomycose avec une oïdiomycide eczématiforme et lichénoïde chez une diabétique) des réactions comparables à celles décrites par Ravaut. Mais les recherches des auteurs n'ont pas porté sur les cas désignés par Ravaut sous le nom de levurides. Ils n'ont donc trouvé ni de réactions eczématoïdes et parakératosiques étendues, ni de réactions de foyers, décrites par Ravaut comme caractéristiques dans les lévurides.

IIIe Partie : Les oïdiomycoses dans le diabète. — Observations de trois nouveaux cas d'oïdiomycose chez des diabétiques (en plus un quatrième cas chez un non-diabétique). Le premier cas est remarquable par l'extension de l'affection sur le corps ; le cas 3, par ses foyers multiples et étendus, localisés sur le tronc et les extrémités, foyers ayant un caractère eczématoïde et ressemblant au lichen simplex (absence de champignons). Ce cas présenta en outre une réaction à l'oïdiomycine dans le sens de Ravaut. Ce cas peut être considéré comme une oïdiomycide ou levuride d'après Ravaut.

Les auteurs discutent encore la pathogenèse des oïdiomycoses, surtout celle du diabète (passage du saprophytisme au parasitisme).

OLGA ELIASCHEFF.

Cellules soudanophiles-granulées dans les neurofibromes (Sudanophil-granulierte Zellen in Neurofibromen), par Tibor Wlassics. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 352, 1 fig.

L'auteur a constaté dans les neuro-fibromes la phagocytose de gouttelettes de graisse des gaines de myéline nécrosées par des cellules soudanophiles à grosses granulations, cellules qui proviennent très probablement des cellules tumorales. Il faut donc compter, à côté des éléments caractéristiques des neuro-fibromes, les cellules tumorales provenant de la gaine de Schwann, un grand nombre de mastzellen et les cellules soudanophiles à grandes granulations.

Olga Eliascheff.

Sur le sycosis séborrhéique chronique (Ueber die Sykosis seborrhoica chronica), par Josef Sellei. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 357, 1 fig.

L'auteur apporte deux observations de malades atteints de sycosis séborrhéique chronique. Il faut, d'après l'auteur, considérer cette maladie comme la forme la plus tenace de la séborrhée chronique et comme elle débute déjà à l'âge jeune, il faut tâcher de l'arrêter dès le début.

Olga Eliascheff.

Troubles de la kératinisation des doigts survenant pendant les périodes froides et chaudes de l'année (In der kalten und warmen Jahreszeit auftretende Verhornungsströrungen der Finger), par Josef Sellei. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 361, 1 fig.

L'auteur apporte des observations de troubles de la kératinisation des doigts survenant aussi bien à la période froide qu'à la période chaude de l'année. Ces lésions disparaissent à la fin de ces périodes de l'année pour réapparaître avec le froid ou la chaleur. S. n'a pas pu élucider les autres causes, lesquelles jouent sûrement un rôle à côté de la température.

Olga Eliascheff.

Sur les réactions cutanées avec le sang défibriné (Ueber Hautreaktionen mit defibriniertem Blut), par Rudolf Schmitt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 384.

Recherches expérimentales sur les lésions locales produites au cours des injections intradermiques et des scarifications avec le sang défibriné. Ces recherches ont montré qu'elles se produisent après les injections de sang défibriné et non défibriné et qu'elles sont dues à des toxines qui agissent uniquement sur les capillaires.

Olga Eliascheff.

Sur la pathogenèse des dermatoses chroniques dues au salvarsan (Zur Pathogenese der chronischen Salvarsandermatosen), par Fritz Bernstein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 397, 1 fig.

Observation d'un cas de dermite et d'érythrodermie post-salvarsanique d'une durée prolongée. Le sujet présenta une réaction cutanée positive

au salvarsan et l'auteur a pu, par la transmission passive d'après Prausnitz-Küstner et Kœnigstein-Urbach, mettre en évidence des réagines spécifiques dans le sang. Ce malade fut atteint, à côté de cette hypersensibilité vis-à-vis du salvarsan, aussi d'une légère hypersensibilité vis-à-vis des combinaisons anorganiques de l'arsenic. L'auteur explique la chronicité des lésions par l'allergie très développée vis-à-vis du groupe arsenical, développement dû très probablement à une sensibilisation artificielle. A côté de cette allergie, l'élimination lente du salvarsan accumulé pendant le traitement a aussi joué un rôle important dans la production de l'érythrodermie. Olga Eliascheff.

Production de la mélanine des poils chez les albinos dans cinq minutes sous le microscope et autres contributions sur la coloration en noir par le froid des poils de la peau et de l'œil (Haarmelaninerzeugung bei Albinos innerhalb fünf Minuten unter dem Mikroscope und Weiteres zur Kälteschwärzung von Haar, Haut und Auge), par Wulther Schultz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 405, 9 fig.

L'auteur recommande, pour les recherches expérimentales sur la formation de la mélanine, des lapins « russes » appelés à l'étranger aussi « Himalayas ». Ce sont des albinos à poils tout à fait blancs et avec des yeux rouges sans mélanine, mais les oreilles, les pattes, le nez et la queue sont d'une teinte très noire.

Les « Russes » sont des « Albinos acromélaniques ». Les expériences de l'auteur portèrent sur la formation de pigment dans la peau des lapins « Russes » à une température modérément élevée. Il constata dans la peau albinotique détachée du corps et mise pour un quart d'heure à l'étuve la formation de mélanine dans la racine des poils. Il observa aussi que cette formation de mélanine survenait sous le microscope 10 à 15 minutes après le prélèvement de la peau. La mélanine se forma directement dans l'épiderme et aussi dans des cellules dépourvues de mitoses. Il ne s'agissait pas d'une migration des granulations mélaniques, mais d'une formation de corpuscules mélaniques à l'endroit même et nettement à distance du noyau. Mais la peau ne forme pas de mélanine, si on la place encore chaude (immédiatement après l'avoir enlevée) dans une étuve à une température au-dessus de 38°. Quand on la place dans une étuve à 36° ou à une température plus basse, elle forme de la mélanine ; la courbe de la température pour la formation de la mélanine montre un optimum semblable à la réaction de fermentation.

La peau albinotique des lapins russes refroidie sur le corps de l'animal ou détachée et mise à l'étuve à 22°, seulement pendant une heure, forma aussi à une température élevée (jusqu'à 45°, limite de l'expérience faite) de la mélanine, même après cette période de refroidissement.

Olga Eliascheff.

Sur la poïkilodermia atrophicans vascularis (Jacobi) (Ueber die Poikilodermia atrophicans vascularis) (Jacobi), par Alfred Marchionini et Félix Besser. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 431, 5 fig.

Les auteurs apportent les observations de deux cas (homme de 35 ans et une femme de 26) de poïkilodermie de Jacobi qui présentèrent à côté des lésions typiques de cette maladie des tumeurs fibro-papillomateuses de la peau et des muqueuses. Le métabolisme basal fut tout à fait normal dans le second cas, mais la malade présenta des malformations : poly-et syndactylie, une poliose circonscrite des cheveux, une malformation des amygdales et des signes de troubles endocriniens (de la thyroïde, de l'hypophyse et des ovaires).

A la suite de ce cas et d'autres analogues publiés, les auteurs considèrent que les dysfonctions endocrino-végétatives jouent un rôle dans l'étiologie de la poïkilodermie, dans ce sens qu'elles agissent comme facteur provoquant, à la suite d'une disposition spéciale de la peau, disposition considérée comme une malformation congénitale.

Olga Eliascheff.

Un cas d'impétigo herpétiforme (Ein Fall von Impetigo herpetiformis), par Martin Friedmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 457, 2 fig.

L'auteur décrit un cas d'impétigo herpétiforme de Hebra typique mais bénin qu'il a observé pendant 10 ans. La malade, âgée de 22 ans, présenta pendant ses grossesses (3 grossesses) chaque fois à la fin du 6e mois une éruption typique d'impétigo herpétiforme. Les deux grossesses se terminèrent par des fausses couches, la troisième fut interrompue. L'éruption fut accompagnée de tétanie et suivie de la perte totale de tous les ongles et des poils, d'héméralopie et d'atrophie du nerf optique.

Olga Eliascheff.

Sur un cas de lupus érythémateux tumidus (Ueber einen Fall von Lupus erythematosus tumidus) (Typus Gougerot-Burnier), par Emanuel Freund. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 469, 2 fig.

Description d'un cas de lupus érythémateux atypique identique cliniquement et histologiquement à celui décrit par Gougerot-Burnier et Eliascheff sous la dénomination de « lupus érythémateux tumidus ».

Olga Eliascheff.

Culicosis bullosa, par Hermann Werner Siemens. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 2, 1932, p. 490, 1 fig.

L'auteur apporte l'observation d'une malade âgée de 7 ans atteinte d'une éruption bulleuse, plus prononcée sur les parties découvertes du corps, due à des piqûres de moustiques, éruption atypique sans démangeaisons, mais pouvant aussi être précédée par une lésion urticarienne avec démangeaisons.

Olga Eliascheff.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur l'atrophie du testicule (Ueber Hodenatrophie), par W. Kerl. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 4, août 1932, p. 209.

L'atrophie du testicule est rare. Elle relève de causes diverses : traumatismes, intoxications à retentissement vasculaire, infections (syphilis, blennorragie, grippe). Dans de rares cas, on ne trouve pas de cause.

L. Chatellier.

Sur la leucomélanodermie (Ueber Leukoderme), par E. Ruete. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 4, août 1932 p. 213.

Dans la syphilis, elle est causée par un infiltrat plus ou moins marqué, qu'accompagne une dépigmentation ou une hyperpigmentation. Une destruction rapide des spirochètes détermine par action toxique de la dépigmentation. Le processus dans son ensemble subit sûrement l'influence d'altérations du système nerveux central.

Dans le psoriasis, l'infiltration joue aussi un rôle ; dans les cas traités par l'arsenic, l'intervention du système nerveux n'est pas à exclure.

Dans le *pityriasis versicolor*, il s'agit d'une destruction rapide, par le soleil, des parasites, dont les toxines altèrent les mélanoblastes.

L. Chatellier.

Quelques chiffres conducteurs pour l'usage thérapeutique des préparations d'hormone testiculaire (Einige Leitzahlen für die therapeutische Anwendung von Testishormonpräparaten), par S. Loewe *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 4, août 1932, p. 221.

Il est temps, dit L., d'insister sur l'utilité de dosages quantitatifs de l'hormone testiculaire, employée maintenant en thérapeutique humaine : la multiplication des préparations, parfois douteuses, offertes aux médecins en fait une nécessité. L'unité-souris, employée pour l'hormone féminine, est incontestablement trop faible. L'auteur insiste sur le rapport de l'intensité et de la qualité d'action, sur la question de l'unité à employer (hormone d'agneaux castrés, hormone de coq), sur la préparation et le dosage de ces hormones et sur les hormones « conjuguées » mâle et femelle.

L. Chatellier.

Sur la valeur de la cutiréaction et de la « réaction de conglomération » pour le diagnostic des dermatoses causées par le Bacillus abortus de Bang (Die Bedeutung der Kuti- und Immunoballungs-Reaktion für die Diagnose von Dermatosen, hervorgerufen durch den Bacillus abortus Bang), par E. Urbach. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 4, août 1932, p. 238, 6 fig.

Aux manifestations cutanées, actuellement connues cliniquement, de la maladie de Bang, s'ajoutent celles qui revêtent l'aspect d'une dermatite herpétiforme de Dühring-Brocq, avec une durée qui peut dépasser 3 ans. Le diagnostic se confirme par la cuti-réaction de Bang, et, secondairement, par la réaction de conglomération de R. Müller. Le traitement consiste en injections intradermiques et intramusculaires du vaccin de Bang, qui améliorent la maladie générale et ses manifestations cutanées. Article utile à lire entièrement.

L. Chatellier.

Contribution à l'anatomie de l'ongle (Beitrag zur Anatomie des Nagels), par W. Krautz. *Dermatologiche Zeitschrift*, t. LXIV, f. 4, août 1931, p. 239, 1 fig.

Depuis les travaux de Pinkus, on sait que l'ongle se forme uniquement aux dépens de la matrice, qu'il repose, en contact étroit avec lui, sur le lit de l'ongle et enfin que les couches superficielles du lit suivent l'ongle dans sa progression d'arrière en avant (progression identique des hémorragies du lit). K. le démontre à son tour par un artifice : lors d'une extirpation chirurgicale d'un ongle, il trace une marque au nitrate d'argent sur le lit de l'ongle ; dans les semaines qui suivent, il voit progresser la tache avec l'ongle neuf. Reste encore à résoudre le problème des connexions intimes de l'ongle à son lit.

L. Chatellier.

Sur le caractère allergique de l'urticaire « a frigore » (Zum allergischen Charakter der Kälteurtikaria), par F. Bernstein. *Dermatologische Zeitschrift* t. LXIV, f. 4, août 1932, p. 242.

Chez 3 malades, l'épreuve de Praussnitz-Küstner est positive et démontre l'existence d'anticorps libres dans le sérum. Est ainsi écartée l'hypothèse de la nature purement nerveuse de l'urticaire au froid et démontré son caractère allergique. L'urticaire peut apparaître à des températures relativement élevées (dans un cas + 22°). L'agent n'est pas la température, mais un corps intermédiaire qui se forme normalement dans le sérum sous l'action du froid.

L. Chatellier.

Aplasie congénitale étendue du cuir chevelu (Ausgedehnter kongenitaler Hautdefekt am behaarten Schädel), par E. Zitke. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 4, août 1932, p. 247, 1 fig.

Chez un enfant de 9 mois, Z. décrit une aplasie congénitale étendue du cuir chevelu ; deux sœurs de l'enfant sont absolument saines ; leurs parents sont sains, sans aucun antécédent, sauf la consanguinité (cousin germain). D'après R. Keller, cette malformation est considérée généralement comme consécutive principalement à des lésions amniotiques (28 cas rassemblés par K.), secondairement à l'usure cutanée intra-utérine. L'origine traumatique, parfois invoquée, est très difficile à prouver cliniquement. Kehrer y voit une anomalie de développement.

L. Chatellier.

Sur les formes rares d'association d'atrophie cutanée idiopathique progressive avec le cancer cutané, la tuberculose cutanée et le parapsoriasis lichénoïde (Ueber seltene Fälle gleichzeitiger Kombination idiopathischer progressiver Hautatrophie mit Hautkrebs, Skrofuloderma und Parapsoriasis lichenoides), par W. B. Berson. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 4, août 1932, p. 251.

Aux 5 cas d'atrophie cutanée progressive idiopathique déjà publiés par lui, B. ajoute 14 nouvelles observations. Dans 2 cas, association de

l'atrophie à des nodules juxta-articulaires ; dans un cas, à un épithélioma baso-cellulaire ; dans un autre, au scrofuloderme ; dans un troisième, à un parapsoriasis lichénoïde. Jordan avait constaté la concomitance, en outre, de la syphilis, d'ulcères de jambe et de différentes dermatoses (psoriasis, eczéma, maladie de Darier).

L. Chatellier.

La valeur des réactions sérologiques chez les souris syphilitiques et la souris saine (Ueber die Bedeutung der Serologischen Luesreaktionen bei der luestischen und nichtluetischen Maus), par C. Schumacher. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 5, septembre 1932, p. 289.

Les souris saines présentent, toutes, des réactions négatives (réactions d'opacification et d'éclaircissement de Meinicke, réaction de Wassermann). Chez les souris syphilitiques, même sans aucune manifestation clinique, les réactions peuvent être positives. Elles apparaissent dans les premiers jours aussi bien que tardivement ; dans 7 o/o seulement, on les trouve encore après plusieurs mois. Il n'y a pas de règle dans l'apparition des signes sérologiques et la présence des spirochètes dans les lésions viscérales n'influe pas sur la sérologie. Après injection de sérum provenant de souris saines à réaction de Meinicke négative, les souris saines peuvent présenter une sérologie positive précoce ou tardive. L'injection de sérum positif déclanche des réactions fortement positives. Des prélèvements de sang répétés provoquent des réactions positives. Toutes ces réactions positives sont supprimées par le traitement préventif.

L. Chatellier.

Recherche d'anticorps sessiles chez les eczémateux (Zum Nachweis sessiler Antikörper beim Ekzemkranken), par F. Bernstein et B. Vogt. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 5, septembre 1932, p. 304.

Grâce à la bulle par cantharide, on débarrasse l'épiderme de sa couche cornée. Le tissu qui forme le plancher de la bulle contient du tissu épidermique et du tissu conjonctif. En suspension, il est inoculé. Dans 2 cas d'idiosyncrasie épidermo-vasculaire, les épreuves de Prausnitz-Küstner et de Königstein-Urbach sont positives. Dans 9 cas d'eczéma vrai, pas d'anticorps libres ou sessiles dans le sang ou le liquide de la bulle. Il y a donc parallélisme entre anticorps libres et anticorps sessiles dans les dermatoses allergiques où ils existent, et dans l'eczéma vrai où ils manquent. Cette recherche des anticorps sessiles constitue un moyen de plus de séparer celui-ci de celles-là. L'absence d'anticorps sessiles n'exclut pas la nature allergique de l'eczéma vrai, mais elle prouve qu'il n'y a pas fixation des anticorps sessiles.

L. Chatellier.

Recherches sérologiques avec l'antigène-spirochète et la réaction d'éclaircissement de Meinicke (Der serologische Luesnachweis mit dem Pallidaantigen und mit Meinickes Klärungsextrakt), par C. Schlesmann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 5, septembre 1932, p 311.

L'antigène-spirochète est une suspension de spirochètes dans une

solution salée phéniquée. L'acide phénique augmente la dispersion du sérum et renforce l'action de l'antigène. Celui-ci est spécifique. La réaction de Gaehtgens s'effectue comme la réaction de Wassermann originale. Elle est plus sensible que la réaction avec antigène alcoolique et que la troisième réaction de Meinicke. Elle constitue un intermédiaire entre l'ancienne réaction de Wassermann et les réactions de floculation. Parmi celles-ci, S. recommande surtout la réaction d'éclaircissement de Meinicke, faite avec le deuxième antigène de Meinicke (M. K. R.-II-Standardextrakt : extrait alcoolique de cœur de bœuf, additionné de 1,4 o/o de baume de tolu et 0,01 o/o de Victoriablau). Il l'emploie avec des sérums inactivés, il la simplifie et l'abrège grâce à la centrifugation et à l'agitation. Technique : dans 2 tubes, mettre 0,05 centimètre cube de sérum chauffé et 0,25 centimètre cube de l'antigène préparé (1 centimètre cube d'extrait + 10 centimètres cubes de solution salée à 3,5 o/o) ; l'un des tubes est centrifugé pendant 5 minutes à 2.000 tours, l'autre agité pendant 10 minutes. Au premier, on ajoute 0,5 centimètre cube d'eau physiologique et on lit après une courte agitation ; quant au tube agité, on le laisse au repos 5 minutes, puis on lit avec ou sans loupe. La lecture après centrifugation est très simple : les sérums négatifs donnent un sédiment qui se dissout rapidement ; les positifs, de gros flocons. Après l'agitation, il s'agit de la lecture d'une floculation. Comparée à la réaction de Gaehtgens, cette réaction de Meinicke se montre plus sensible : 72 o/o de résultats positifs chez les syphilitiques avérés contre 66 o/o, plus précoce et plus durable. L. Chatellier.

L'influence de l'extirpation du chancre sur le développement de l'éruption générale de la syphilis du lapin (Zur Frage nach Einfluss der Exstirpation des primären Syphiloms auf die Entwicklung generalisierter Erscheinungen bei Kaninchensyphilis), par T. Pawlow et A. Kargin. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 5, septembre 1932, p. 316, 2 fig.

De leurs expériences, les auteurs concluent que, dans la syphilis expérimentale du lapin, l'immunité est liée, en général, à l'accident initial. Elle augmente peu à peu parallèlement au développement du chancre ; elle est générale et constante, lorsque le chancre arrive à son complet développement. A ce moment, l'exérèse du chancre ne modifie pas les réactions d'immunité ; mais, plus précoce, elle ralentit l'installation de l'immunité, sans empêcher l'apparition des manifestations générales et la récidive locale du chancre. Dans cette période, la superinfection est également possible. L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Les stries transversales colorées comme la lunule sur les ongles des doigts (Die lunulafarbenen Querbänder an der Fingernägeln), par W. Krantz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 30, 23 juillet 1932, p. 1081, 3 fig.

Chez un homme de 26 ans, après une tentative de suicide avec le thallium, apparaissent, après les signes d'intoxication habituels (chute totale des cheveux et des poils, lésions gastro-intestinales, névrites graves) des stries blanches transversales au niveau de tous les ongles des doigts, entre la lunule et le bord libre. La couleur des stries n'était pas celle de la leuconychie ordinaire, mais celle de la lunule.

Deux autres cas identiques, mais consécutifs à un traitement radiothérapique des ongles (10 X, 1/2 mm. Al, dose répétée 14 jours après). La pathogénie de ces altérations est encore obscure : troubles de la nutrition locale ? On sait depuis longtemps que les infections déterminent des altérations de même nature. L. CHATELLIER.

Liquide céphalo-rachidien et syphilis (Liquor und Syphilis), par H. Hœss. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nos 30 et 31, 23 et 30 juillet 1932, pp. 1086 et 1132.

Revue générale intéressante où sont condensées les notions de physiologie et de physiopathologie du liquide céphalo-rachidien, suivies de l'étude des altérations produites dans le liquide par la syphilis et de leur valeur. L. CHATELLIER.

Sur quelques médicaments nouveaux de la blennorragie uréthrale (Ueber einige neuere Tripperheilmittel), par H. GEYER. *Dermatologische Wochenschrift*. t. XCV, nos 33 et 34, 13 et 20 août 1932 p. 1197 et 1233.

Les meilleurs résultats sont dus au protargol, au targesin et au nitrate (sels d'argent) d'une part, au pellidol et au Rivanol (sans Ag). Inférieurs à eux, les composés nouveaux de l'oxycyanure de Hg, la trypaflavine et le Gonsulpon. Les produits comme le pellidol et le rivanol voient leur emploi limité par leur pouvoir colorant et leur prix.

L. CHATELLIER.

Sur la nature du pityriasis rosé. Etude casuistique et critique (Ueber die Natur der Pityriasis rosea. Ein kasuistisch-kritisch Beitrag), par K. ULLMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nos 32 et 33, 6 et 13 août 1932, pp. 1153 et 1203, 10 fig.

L'expérience de l'auteur porte sur les cas observés (en 3 ans et 3 mois) de dysidrose et pityriasis rosé. Il n'a pas constaté, comme Benedek, la présence régulière des levures dans les squames. Dans 6 cas non traités, hémoculture négative.

Autant que le permet la statistique d'une consultation, il semble qu'il y ait, en ces dernières années, une augmentation parallèle des cas de dysidrose et de pityriasis. Malgré la combinaison fréquente des deux affections et malgré les formes de transition entre elles, on ne peut conclure à leur identité. Quant à leur rapport avec la séborrhée, U. ne se prononce pas encore : la question sera tranchée lorsque sera définitivement rejeté le rôle accordé par B. au *schizosacch. hom.* dans ces trois affections. Tandis que dans le pityriasis rosé l'influence d'un agent pathogène endogène de virulence variable, accrue ces dernières années

se vérifie par l'observation clinique, pour la dysidrose, rien de semblable. U. insiste sur la fréquence de l'hyperhidrose concomitante à la dysidrose. Les dernières constatations de Benedek ne modifient pas l'opinion de U. L. Chatellier.

La recherche des bacilles tuberculeux dans le sang au cours de la tuberculose cutanée (Die Züchtung der Tuberkelbazillen aus dem Blute bei Hauttuberkulose), par P. v. Engel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 34, 20 août 1932, p. 1225.

L'auteur a employé pour l'hémoculture le procédé de Kren et Löwenstein dans 42 tuberculoses cutanées (lupus, tuberculose verruqueuse, tuberculide papulo-nécrotique, érythème induré de Bazin, lupus érythémateux). Il a obtenu des résultats positifs, mais sans atteindre les chiffres de Kren et Löwenstein : 3 résultats positifs dans le lupus (1 malade avait une tuberculose pulmonaire, les 2 autres aucune lésion viscérale), les cultures étaient visibles à l'œil nu. Quand il n'y avait pas de cultures visibles, le microscope et l'inoculation n'en montraient pas non plus. Le milieu de Kren et Löwenstein est donc approprié à la culture du bacille, celui de Petragni aussi. Pour la préparation, on peut substituer à l'acide acétique une solution de saponine, qui hémolyse aussi bien. L. Chatellier.

Constatations nouvelles de formes variables de gonocoques (Neuere Feststellungen über die verschiedenen Gonokokkenformen), par J. Szilvasi. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 34, 20 août 1932, p. 1228, 8 fig.

Poursuivant ses recherches sur la morphologie du gonocoque, S. est arrivé à distinguer, jusqu'ici, 5 formes : le microgonocoque (coloré intensément et de façon homogène, avec halo hyalin) ; le gonocoque normal ; le gigantogonocoque qui, outre sa taille, jouit d'une structure périphérique filamenteuse ; le gonocoque en mosaïque et le gonocoque vacuolé. L. Chatellier.

Sensibilité eczématiforme à l'huile d'eucalyptus (Ekzematöse Ueberempfindlichkeit gegen Eukalyptusöl), par W. Lœwenfeld. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 36, 3 septembre 1932, p. 1281.

Cas de sensibilité, probablement congénitale, à l'huile d'eucalyptus et qui se traduit par des lésions eczémateuses, étendues à toute la peau. Bien qu'une sensibilisation par voie interne soit ici à écarter, sa transmission passive prouve néanmoins l'existence de réagines sériques.
L. Chatellier.

Sur le sort lointain des syphilitiques traités par l'impaludation (Ueber des spätere Schicksal unserer mit Malaria behandelter Syphiliskranken), par K. v. Berde. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 36, 3 septembre 1932, p. 1284.

En 6 ans, 30 syphilitiques sont impaludés. 16 malades ont pu être suivis : chez aucun d'entre eux, il ne fut noté de complications. 7 malades, en syphilis récente après une inoculation, reçoivent peu après

3-5 grammes de néosalvarsan : guérison clinique et sérologique ; chez un malade, il y eut réinfection. Aux périodes de latence tardives, la maladie se montre plus rebelle : les récidives sérologiques ne sont pas rares. L'auteur a obtenu la disparition des signes sérologiques et des manifestations cliniques rebelles par la chimiothérapie. Aucun cas de syphilis nerveuse, de tabès ou de paralysie générale n'a été observé chez les malades impaludés. L. Chatellier.

Sur le traitement du lupus vulgaire par les caustiques, avec remarques sur une nouvelle pommade arsenicale (Ueber Ätzsalbenbehandlung des Lupus vulgaris unter besonderer Berücksichtigung einer neuen arsenhaltigen Ätzalbe (Ung. Dermolupan. comp.)), par L. Bernhardt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 36, 3 septembre 1932 p. 1287, 8 fig.

Cette pommade contient « un composé arsenical organique complexe, associé à un composant d'action superficielle ». Elle permet de détruire complètement les foyers lupiques, même inclus dans des cicatrices ou hyperkératosiques. Elle respecte la peau saine. L'application, même prolongée, est en général peu douloureuse.

L. Chatellier.

Un cas de blennorragie masculine aiguë d'évolution inaccoutumée (Ein Fall von akuter Gonorrhœ des Mannes mit ungewöhnlichem Verlaufe), par J. Jost. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 36, 3 septembre 1932, p. 1294.

Un jeune homme de 26 ans, au premier coït, contracte la chaudepisse. Alors que les symptômes se limitent encore à l'urèthre antérieur, il se produit une généralisation gonococcique malgré le traitement local immédiat : arthrites du pied avec fièvre élevée, puis arthrite temporo-maxillaire. Le sérum antiméningococcique produit une amélioration momentanée de l'état général et de la fièvre, qui dure 2-4 jours après chaque injection. Au 67e jour de la maladie, injection intramusculaire de 10 centimètres cubes d'aolan, qui détermine une chute progressive de la température, la reprise de l'appétit et la disparition des douleurs. Au 74e jour, signes d'embolie pulmonaire, suivie de pleurésie ; au 87e jour, thrombose de la veine iliaque gauche ; au 110e jour, disparition des douleurs, régression des signes pleuro-pulmonaires et phlébitiques. Guérison au 135e jour.

L. Chatellier.

Deux cas d'épidermophytie des pieds avec éruption hématogène d'épidermophytides aux mains, aux bras et aux cuisses (Zwei Fälle von Epidermophytie au der Füssen mit hämatogener Aussaat von Epidermophytiden an Händen, Armen und Beinen), par Svend Lomholt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 37, 10 septembre 1932, p. 1325, 3 fig.

Chez deux malades, épidermophytie de Kauffmann-Wolf vérifiée par l'examen microscopique et la culture. Sur les mains, éruption dysidrosiforme sans parasite et stérile ; sur les bras, les cuisses et le corps,

éruption de taches érythémateuses légèrement squameuses et stériles. L'injection de trichophytine détermine une réaction locale vive.

L. Chatellier.

Le charbon animal dans l'eczéma solaire (Carbo animalis bei Eczema solare), par J. Csillag. *Dermatologische Wochenschrift* t. XCV, n° 37, 10 septembre 1932, p. 1328.

Une jeune fille de 32 ans présente depuis 15 ans, un eczéma lichénifié de la face, du cou, des mains et des bras, qu'aucun traitement local n'a pu améliorer. L'exposition à la lumière solaire provoque une exaspération immédiate des lésions. C. pensant à une origine gastro-intestinale, prescrit 6 tablettes de charbon animal par jour sans aucune application locale. Au bout d'un mois, amélioration considérable des lésions ; en outre, la lumière solaire ne détermine plus aucune réaction. Pour C., ce fait prouve l'origine gastro-intestinale de la sensibilité aux rayons solaires, le charbon agissant comme absorbant et neutralisant des toxines intestinales.

L. Chatellier.

Sur le diagnostic de la lymphogranulomatose (Zur Diagnostik der Lymphogranulomatose), par E. Fuchs. *Dermatologische Wochenschrift.* t. XCV, n° 37, 10 septembre 1932. p. 1329.

A propos d'un cas personnel à début nasal, revue générale où F. souligne les difficultés du diagnostic. Rien de nouveau.

L. Chatellier.

L'ultramicroscope à un prix modéré (Verbilligung der Dunkelfeldapparatur, par W. Jadassohn. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCV, n° 37, 10 septembre 1932, p. 1339, 2 fig.

On obtient un fond noir en collant au condenseur une pastille en gomme (procédé dérivé de celui de Coffin, qui employait du papier), qui coûte o fr. 50 suisse. Même réduction pour la lampe et l'objectif. Prix total : 54 fr. 50 suisses, pour tout l'appareil, chez Koch, opticien à Zurich.

L. Chatellier.

Disposition des sexes aux anomalies cutanées et aux dermatoses (Die Geschlechtsdisposition zu Anomalien und Krankheiten der Haut), par H. Günther. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCV, n° 38, 17 septembre 1932 p. 1353.

Revue générale où l'auteur passe en revue le rôle que jouent les sexes dans bon nombre de malformations et de dermatoses.

L. Chatellier.

Expériences avec l'uréthographie (Erfahrungen mit Urethrographien), par G. Stümpke et H. Strauss. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCV, n° 38, 17 septembre 1932, p. 1367, 14 fig.

La recherche radiographique rend de grands services dans l'exploration de l'urèthre masculin. Les auteurs ont utilisé et comparé trois produits : le thorotrast, l'umbrathor, à base de thorium et une solution

d'atrodil, qui est un sel de l'acide iodométhansulfurique. A l'atrodil, on doit les meilleures images dans les espaces étroitement limités.

L. Chatellier.

Influence de l'atophan, du calcium et du vigantol sur l'excitabilité de la peau (Beeinflussung der Entzündungsbereitschaft der Haut durch Atophan, Calcium und Vigantol), par W. Steffen. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 39, 24 septembre 1932, p. 1399.

Pour mesurer l'excitabilité cutanée, S. se sert des U.-V. L'atophan et le gluconate de Ca *per os*, en injection intraveineuse, retardent l'apparition de l'érythème. Le vigantol n'a aucune influence. Ainsi est fondé l'emploi des deux premiers corps dans les inflammations de la peau, associés aux antiphlogistiques locaux. L. Chatellier.

Eczéma des boulangers et sensibilité à l'acide lactique (Bäckerekzem und Milchsäure-Ueberempfindlichkeit), par D. Kenedy. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 39, 24 septembre 1932, p. 1402.

Dans un cas de dermite des boulangers, consécutive à la manipulation de la pâte de farine de seigle, l'agent irritant est l'acide lactique, dont le rôle est prouvé par les épreuves allergiques habituelles. Pas de transmission passive. Teneur de la farine de seigle en acide lactique : 3,50 o/o de pâte. L. Chatellier.

Sur les chancres endo-uréthraux chez l'homme (Ueber die endourethralen harten Schanker bei Männern), par A. Lapyschew. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 39, 24 septembre 1932, p. 1405.

Se méfier, conseille l'auteur aux praticiens, de tout écoulement uréthral accompagné d'adénite inguinale et d'induration du canal. Pour L., un prépuce court favorise la contamination de l'urèthre.

L. Chatellier.

Revista Medica Latino-Americana (Buenos-Ayres).

Signes concomitants dans l'hérédo-syphilis. Dystrophies osseuses des os du crâne et altération de l'aorte (Signos concomitantes en la heredosifilis. Distrofias de los huesos del craneo y alteracion de la aorta), par Benito Soria. *Revista Medica Latino-Americana*, 17e année, n° 202, juil-1932, p. 1359, 13 fig.

D'après B. S., les dystrophies osseuses du crâne d'origine syphilitique sont toujours accompagnées d'une augmentation du calibre de l'aorte.

Ces lésions crâniennes revêtent deux formes successives : chez les enfants en bas âge (de 2 à 12 mois), on observe un processus de ramollissement ; plus tard se produit une condensation ostéophytique.

En l'absence d'autres signes de syphilis héréditaire, l'existence de ces deux types d'altérations doit faire rechercher l'état de l'aorte.

Avec les frères Beretervide, B. S. admet que doivent être considérées

comme pathologiques les dimensions de ce vaisseau supérieures à 1 centimètre chez des enfants de 2 à 8 ans et de 1 cm. 1/2 chez des sujets de 9 à 14 ans. J. MARGAROT.

Angiokératome diffus de la jambe (Angioqueratoma difuso de la pierna), par A. H. ROFFO. *Revista Medica Latino-Americana*, 17e année, no 202, juillet 1932, p. 1391, 4 fig.

H. R. signale chez un enfant de 7 ans l'évolution d'un processus angiokératomateux. Les tumeurs très nombreuses, de dimensions diverses, occupaient la cuisse et le mollet gauches. La guérison a été obtenue par la radiothérapie. J. MARGAROT.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Sur les formes rares et nouvelles de leucoplasie buccale (Ueber seltene und neue Formen der Leukoplakia mucosae oris), par K. ULLMANN. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, no 27, 1er juillet 1932, p. 840.

Revue générale intéressante, où l'auteur après avoir insisté sur l'historique, la clinique et l'étiologie habituelles (syphilis, lichen plan, tabac, etc.), de la leucoplasie, attire l'attention sur le rôle des composés métalliques employés en thérapeutique (As, Au) et en dentisterie. Les amalgames et les appareils de prothèse (plomb, or et d'autres) déterminent dans la bouche des modifications électriques qui irritent et transforment la muqueuse. Il convient de connaître l'existence de ces leucoplasies, dont U. a observé 12 cas indubitables et de remplacer les appareils métalliques ou les amalgames par des appareils ou des ciments sans métal. L. CHATELLIER.

Valeur clinique de la réaction intradermique de Freund-Kaminer (Die klinische Anwendung der Freund-Kaminerschen intrakutanen Karzinomreaktion), par G. MARANGOS. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, no 27, 1er juillet 1932, p. 848.

D'après Freund et Kaminer, on détermine par injection du contenu intestinal des porteurs d'un épithélioma dans du lait humanisé (Fett-Milch) un pouvoir cytolitique contre les cellules carcinomateuses. Le produit actif est dû à la formation d'un acide gras à pouvoir moléculaire élevé et à double molécule de charbon, qui est spécifique contre le carcinome et qui en solution neutre à 1 o/o est employé comme solution injectée intradermique, à raison de 0,1-0,2 centimètre cube. La réaction est à lire de préférence au bout de 48 heures. Une réaction positive se traduit par un nodule dermique pouvant atteindre le diamètre d'une lentille qui disparaît au bout de 2-3 semaines.

Sur 40 malades dont 23 cancéreux certains (cliniquement : 6 ; histologiquement : 17), 23 réactions positives. Les 17 cas de contrôle donnèrent 14 résultats négatifs et 3 positifs qui après vérification étaient au moins suspects (tumeurs bénignes ?). Dans un cas après exérèse radicale de la tumeur (sein), la réaction a diminué considérablement d'in-

tensité 36 jours après, tandis qu'elle restait fortement positive chez deux malades incomplètement opérées. L. CHATELLIER.

Comment traiter chirurgicalement les radiodermites ? (Wie behandelt man operativ Röntgenschädigungen der Haut), par L. MOSZKOWICZ. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, no 28, 28 juillet 1932, p. 885.

A propos d'une radiodermite ulcéreuse du sein apparue chez une jeune femme traitée par irradiation axillaire pour hyperhidrose axillaire et guérie après des mois et exérèse infructueuse, M. insiste sur l'importance de l'endartérite oblitérante, surtout avec les rayons durs. La sympathectomie ou le badigeonnage avec l'acide phénique donnent parfois des résultats. Le plus souvent tous les moyens échouent. Les lésions des doigts des radiologues et de leur personnel doivent être surveillées attentivement. A toute rhagade tenace, opposer précocement l'amputation du doigt et des greffes de Thiersch, laissées à l'air libre sans emploi d'aucun antiseptique. L. CHATELLIER.

Recherches expérimentales sur le « seuil électrolytique » du sérum comme moyen de secours dans le diagnostic des annexites blennorragiques (Experimentelle Untersuchungen über die Elektrolytschwelle des Serums als ein diagnostisches Hilfsmittel bei gonorrhoischen Adnexerkrankungen), par G. SICHER et A. WIEDMANN. *Wiener Klisnische Wochenschrift*, 45e année, no 28, 8 juillet 1932, p. 876.

« Dans les sérums normaux la coagulation se produit jusqu'à une concentration salée de 0,05 à 0,04 o/o, c'est ce point que nous désignons comme seuil électrolytique ». Son élévation est désignée comme déviation gauche, la déviation droite est son abaissement. Les auteurs exposent leur technique et concluent, après étude de 90 cas, que dans les annexites aiguës, il y a déviation gauche, qui tend progressivement vers la normale et peut même passer à droite. Ce procédé, avec la recherche bactériologique, est parfois un adjuvant à la sérologie.
L. CHATELLIER.

La vaccination régionale dans la blennorragie féminine (Die regionäre Vakzination bei der weiblichen Gonorrhoe), par J. SCHWARTS. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, no 29, 15 juillet 1932, p. 916.

La vaccination régionale (méthode Bucara) diffère de la méthode de Poincloux-Basset (« vaccination par la porte d'entrée ») ; associée à la vaccination intramusculaire et au traitement local, elle a des avantages dans la blennorragie cervicale et est supérieure à la méthode de Poincloux-Basset seule. L. CHATELLIER.

Le charbon humain dans la nouvelle Autriche (Der Milzbrand beim Menschen in neuen Oesterreich), par A. PHILADELPHY. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, no 30, 22 juillet 1932, p 938.

De 1919 à 1931, 158 cas de charbon, avec 38 morts : 130 pustules malignes, avec 16 morts ; 19 cas de charbon interne tous mortels. Chez 9 malades, dont 3 morts, aucun renseignement. Dans 58,2 o/o, la con-

tamination provient d'animaux malades ou morts de charbon ; dans 21,6 o/o, elle s'opère par les objets d'origine animale (fourrures, peaux, poils). La mortalité totale s'élève à 24,1 o/o. L. CHATELLIER.

Sur les tumeurs mixtes des lèvres (Ueber Mischtumoren der Lippen), par A. PYTEL. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, no 31, 29 juillet 1932, p. 971.

Très rares, elles se présentent sous la forme de tumeurs encapsulées, à développement lent et généralement bénin (1 cas personnel). Elles sont identiques histologiquement à celles des glandes parotides ou sublinguales. On peut en rencontrer aussi sur le dos de la langue. Les tumeurs mixtes peuvent après des années (19 ans dans une tumeur de la sublinguale) devenir malignes (1 fois sur 40 cas, Benedict et Meigs). L. CHATELLIER.

Arthropathies dans les maladies vénériennes (Gelenksaffektionen bei venerischen Erkrankungen), par W. KERL. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, no 32, 5 août 1932, p. 981.

Bonne revue générale sur les arthropathies des maladies vénériennes (blennorragie, syphilis). K. insiste sur leur fréquence, la difficulté de leur diagnostic et de leur traitement. L. CHATELLIER.

Blennovaccin et vaccin mixte. Contribution au traitement des infections mixtes (Blenovakzine und Mischvazkine. Ein Beitrag zur Behandlung von Mischinfektionen), par C. BUCURA. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, no 32, 5 août 1932, p. 989.

Sous le nom de « Blenovakzine », B. prépare à l'Institut sérothérapique, un vaccin mixte contrôlé et fabriqué avec au moins 12 souches récentes contenant 3 milliards de gonocoques par centicube.

Il prépare aussi un vaccin mixte composé d'un milliard de germes (strepto, staphylo, coli) tués par centimètre cube, puis un mélange des deux. Ce dernier s'est révélé inférieur et irrégulier dans la blennorragie, fait expliqué par l'action antagoniste du blennovaccin sur du vaccin mixte *in vitro*. Il convient donc de les employer successivement ou de les injecter séparément et à distance dans les blennorragies infectées. L. CHATELLIER.

Sur un cas de malformation partielle de la peau du nouveau-né (Ueber ein Fall von partieller Missbildung der Haut beim Neugeborenen), par L. WILTSCHKE. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, no 33, 12 août 1932, p. 1014, 2 fig.

Chez un enfant criant bien et pesant à la naissance 2.700 grammes et mesurant 46 centimètres, lanugo développé sur les épaules, gros plis de la peau de la nuque, qui ressemble au cou d'un lièvre ou d'un chat. Malformation des jambes et des pieds épais et massifs, avec peau tendue par l'œdème et une plante convexe. Au 3e jour, mort par asphyxie en une demi-heure : atrésie de l'aorte ascendante, hypoplasie du ventricule gauche, persistance du trou de Botal et du foramen

ovale, énorme hypertrophie du cœur droit. Aucun antécédent familial, mère de 20 ans et deuxième grossesse normale.

La peau du dos et de la plante du pied, seule anormale, présente une vascularisation sous-cutanée pathologique : augmentation des capillaires et des précapillaires et une congestion intense des petits vaisseaux avec diapédèse anormale, hypertrophie des tissus élastique et conjonctif œdématiés. L. Chatellier.

Contribution à la clinique et au traitement du mélanome du pied (Ein Beitrag zur Klinik und Therapie der Melanome des Fusses), par A. Matras. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, n° 34, 19 août 1932, p. 1038.

En 5 ans, à la Clinique de Vienne, 20 cas de tumeurs mélaniques, dont 7 localisées au pied, avec localisations principales aux orteils et au talon. Malgré l'exérèse totale, on voit, parfois après des années (1 fois 17 ans), des métastases ganglionnaires régionales malignes. Il convient donc d'y associer un traitement intensif du champ opératoire et des ganglions par le radium et la radiothérapie profonde.

L. Chatellier.

Sur le diagnostic et le traitement de la vulvovaginite gonococcique infantile (réaction de Müller-Oppenheim et vaccinothérapie) (Zur Diagnose und Therapie der Vulvo vaginitis gonorrhoica infantum (Komplementablenkungsreaktion nach Müller-Oppenheim und Vakzinetherapie)), par A. Fesler. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, n° 35, 26 août 1932, p. 1064.

La réaction de Müller-Oppenheim est un moyen secondaire utile dans le diagnostic de la vulvite blennorragique. Dans la vulvite non blennorragique, 60 o/o de réactions négatives. Sans valeur pronostique, elle peut persister après la guérison. La réaction est souvent faiblement ou moyennement positive ; dans les cas prolongés, 40 o/o de réactions négatives. La vaccinothérapie n'a aucune influence sur la maladie. Pas de formation d'anticorps, comme le laissent prévoir les résultats sérologiques. L. Chatellier.

Wiener Klinische Wochenschrift

Sur l'immunité dans la tuberculose de la peau (Sur Immuntiologie der Hauttuberkulose), par J. Konrad. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, n° 36, 37 et 38, 2, 9, et 16 septembre 1932, pp. 1081, 1108 et 1134, 4 fig.

Nous ne pouvons que reproduire le résumé de ce long article, intéressant et utile à lire entièrement.

L'objet de cet article est de comparer les réactions d'immunité dans les diverses formes de tuberculose cutanée (lupus, lupus miliaire disséminé, tuberculose verruqueuse, tuberculoses gommeuses, en tumeur et ulcéreuse, tuberculides papulo-nécrotiques, érythème induré de Bazin, *lichen scrofulosorum*, lupus érythémateux, lupus érythémateux

subaigu, granulome annulaire — en outre, cas d'érythème polymorphe et d'érythème noueux). K. s'est servi de l'intradermo-réaction et de la réaction transcutanée (soit par la méthode du lambeau, soit par la Dermotubin de Löwenstein qui est une pommade riche en bacilles tués). La technique de l'intradermo-réaction doit être strictement surveillée (doses : 1/1.000.000^e, 1/100.000^e, 1/10.000^e, rarement des concentrations plus fortes ; matériel : réserver toujours à chaque dilution le même matériel). Chacun des 103 malades examinés subit l'injection intradermique et la dermotubine ou le lambeau imprégné de tuberculine concentrée. L'allergie varie dans un même groupe de lésions ou d'une variété à l'autre. Dans le lupus vulgaire et l'érythème induré de Bazin, la sensibilité à la tuberculine est la plus vive, en général ; elle est faible dans le lupus miliaire, les tuberculides papulo-nécrotiques, le lupus érythémateux. Nathan et Kallos concluent de leurs constatations que seules les tuberculoses avec participation cutanée offrent une sensibilité épidermique (réaction eczématoïde) ; K. ne l'a pas rencontrée avec la même régularité, malgré l'existence de lésions cutanées de différentes formes. K. a observé un cas de tuberculides exanthématiques, d'allure clinique peu commune, où il existait une extrême sensibilité à la tuberculine ; les dilutions les plus faibles provoquaient, au point d'injection, des réactions intenses, suivies de nécrose profonde et durant des semaines, même des mois.

Chez un autre malade, porteur d'une tuberculose bovine de la peau, il existe de grandes différences dans les réactions à la tuberculine humaine et à la tuberculine bovine, qui, ajoutées à la participation ganglionnaire, en font un complexe primaire.

La valeur des intradermo-réactions faites simultanément avec des titres croissants et des épreuves transcutanées ne doit pas être sous-estimée, à condition de suivre une technique minutieuse. Il faut signaler particulièrement la « réaction de contraste », considérée encore comme plus sûre.

Du point de vue thérapeutique, l'action des injections intradermiques de tuberculine associées à la lumière n'est pas facile à manier. Dans une série d'injections, la régularité des intervalles est importante à observer. On voit parfois après ce traitement s'installer une résistance à la thérapeutique des lésions cutanées. Il est possible, dans les cas peu sensibles à la tuberculine, d'augmenter l'allergie à la tuberculine par des doses faibles de rayons X ou de rayons limites.

L. Chatellier.

Sur la signification de la sensibilité au blanc d'œuf dans la genèse de l'eczéma des nourrissons (Beitrag zur Frage der Bedeutung der Eiklarüberempfindlichkeit in der Genese des Saüglingsekzems), par A. Bratusch-Marrain et O. Chiari. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, nos 39-40, 23 septembre 1932, p. 1158.

Moro et ses collaborateurs ont mis en relief la fréquence de la sen-

sibilité au blanc d'œuf de poule chez les nourrissons. Cette sensibilité est prouvée par les réactions allergiques de la peau aux applications ou aux injections intradermiques de blanc d'œuf. La transmission passive s'obtient aussi du sujet malade au sujet sain. Les auteurs ont voulu vérifier ces résultats. Sur 36 enfants non eczémateux, ils ont étudié les réactions déterminées par le blanc d'œuf de poule, de pigeon, et aussi par le lait et le sérum de cheval. Ils ont obtenu des réactions identiques avec ces différentes substances. Sur 14 eczémateux, la réaction au blanc d'œuf de poule est plus forte chez 8 d'entre eux qu'avec les autres substances. Chez 15 enfants, épreuves simultanées au blanc d'œuf de pigeon ; 2 d'entre eux ont eu une réaction plus vive avec celui-ci qu'avec le blanc d'œuf de poule. Une fois, les auteurs ont obtenu la transmission passive. La sensibilité au blanc d'œuf n'est pas aussi étroitement spécifique que l'ont pensé les différents auteurs. Il s'agit peut-être d'une sensibilité à une substance commune à tous les blancs d'œuf, comme semble le prouver l'expérimentation avec l'œuf d'espèces variées, dont nombre n'entrent pas dans la nourriture habituelle de l'homme, ce qui élimine l'origine alimentaire transmaternelle de cette sensibilisation du nourrisson. L. Chatellier.

Un cas de lymphadénie chronique aleucémique avec infiltrats diffus et circonscrits de la peau (Ein Fall von chronischer aleukämischer Lymphadenose mit diffusen und zirkumskripten Hautinfiltraten), par B. Dragisic. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, nos 39-40, 23 septembre 1932, p. 1165, 1 fig.

Lymphadénie aleucémique chronique chez une fillette de 11 ans, qui évolue en 5 mois vers la mort. La numération des globules blancs révèle presque toujours de la leucopénie (1 fois, D. trouve 12.000 globules blancs). Il existe des infiltrats diffus et circonscrits de la peau, qui disparaissent temporairement comme les adénopathies généralisées, par la radiothérapie. La réapparition des ganglions s'accompagne du retour des infiltrats et de l'altération rapide de l'état général. Immédiatement avant la mort, disparition de tous les infiltrats cutanés. A l'autopsie, tuberculose des ganglions hilaires, déjà trouvée à l'écran ; toutes les réactions à la tuberculine étaient restées négatives. Les formules sanguines ont donné une très forte proportion de lymphocytes : de 72 à 50 o/o. L. Chatellier.

Revista Medica-cirurgica do Brasil de Rio (Janeiro).

Sur la présence du bacille de Hansen dans des lésions d'érythème polymorphe chez un lépreux (Sobre a presença do bacilo de Hansen em lesôes de eritema polimorfo num leproso), par Rabello Filho et H. Portugal. *Revista Medica-cirurgica do Brasil*, 40e année, no 8, août 1932, p. 215.

R. F. et H. P. signalent la présence de germes acido-résistants dans des lésions typiques d'érythème polymorphe chez un lépreux.

J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Schizosaccharomycose, par Benedek. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, nº 3, septembre 1932, p. 397, 11 fig.

B. a décrit en 1927 un endoparasite constant du genre humain, le *Schizosaccharomyces hominis* qui vit dans le sang mais dont la « projection » à la peau est la cause d'un grand nombre de dermatoses. Parmi ces dermatoses, les unes, tel par exemple l'eczéma séborrhéique d'Unna, sont dues au développement du parasite lui-même dans les lésions, ce sont les formes mycosiques de la schizosaccharomycose. Les autres sont le résultat de phénomènes allergiques spécifiques se produisant en présence du parasite d'origine hématogène immédiatement détruit par les macrophages de la peau. Le pityriasis rosé de Gibert appartient à ce groupe des « mycides ». On ne trouve pas le *Schizosaccharomyces* dans les lésions de la peau, mais on le trouve constamment dans le sang au moment des poussées. S. Fernet.

Hygromas syphilitiques de Verneuil (Syphilitic bursopathy of Verneuil), par Schwartz et Tolman. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, nº 3. septembre 1932, p. 419, 2 fig.

Deux cas d'hygromas chroniques, symétriques des genoux, dont deux fistulisés. Bordet-Wassermann positif. Pas de lésions osseuses. Guérison par le traitement spécifique. S. Fernet.

Dermite due aux Brucella (Brucella dermatitis), par Weber. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, nº 3, septembre 1932, p. 422.

Un chirurgien-vétérinaire présentait à l'avant-bras droit une dermite eczématiforme récidivante et tenace. Après de longues recherches, la preuve fut faite que cette dermite était occasionnée par le contact avec les sécrétions génitales des animaux soignés pour avortement épizootique (*Brucella abortus* de Bang) ; l'éruption apparaissait uniquement au moment et aux saisons des avortements épidémiques ; elle n'existait qu'à l'avant-bras droit qui seul pénétrait dans le vagin des animaux malades ; le port des gants de caoutchouc empêchait la production de l'éruption mais n'était pas toujours possible. Les sécrétions vaginales des bovidés sains ou atteints d'autres infections ne provoquaient pas d'éruption et son apparition permettait à elle seule au vétérinaire d'affirmer la nature de l'avortement qu'il avait à traiter.

Le malade ne présentait aucun signe d'infection générale ; le sérodiagnostic était négatif avec la *B. melitensis* variété *abortus* et variété *melitensis*.

Il s'agissait donc d'une éruption allergique spécifique chez un individu sensibilisé par des contacts antérieurs. S. Fernet.

Un nouveau traitement du psoriasis (A new form of therapy for psoriasis), par Campbel et Frost. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, nº 3, septembre 1932, p. 435, 2 fig.

C. et F. ont traité 30 cas de psoriasis par des injections bi-hebdomadaires intramusculaires de squames psoriasiques pulvérisées, en suspension dans l'alcool. Les résultats qu'ils ont obtenus ne paraissent pas encourageants : l'amélioration, lorsqu'elle se produit, est souvent précédée d'une poussée ; le traitement est de longue durée. On a enregistré, cependant, 10 guérisons sur 30 cas traités.

S. Fernet.

La perlèche des adultes (Perlèche in adults), par Frank. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 3, septembre 1932, p. 451.

Des cultures de *Monilia* ont été obtenues dans quatre cas de perlèche des adultes. Ces cultures, inoculées à l'auteur lui-même, ont reproduit des lésions typiques de perlèche qui ont duré quatre semaines. Sur la peau des autres régions du corps, l'inoculation était suivie de lésions pustuleuses d'abord, puis squameuses de longue durée.

F. a ensemencé le produit de râclage des commissures labiales de 100 individus sains ; il a obtenu des cultures de levures dans 19 cas dont 11 contenaient des *Monilia*, 6 des *Endomyces*, 2 des *Cryptococci*.

S. Fernet.

La cause probable de la localisation des épidermomycoses dans les espaces interdigitaux des pieds (The possible explanation for the localization of ringworm infection between the toes), par Levin et Silvers. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 3, septembre 1932, p. 466.

Le *p*H est plus élevé dans les espaces interdigitaux des pieds qu'à la surface de la peau des autres régions du corps. Or, le *Tr. interdigitale* et l'*Epid. inguinale* poussent le mieux sur les milieux de culture dont le *pH* varie entre 6,8 et 7,6, dans l'humidité et dans l'obscurité. Toutes ces conditions sont réalisées dans les espaces interdigitaux des pieds. Le meilleur traitement préventif est donc le poudrage au talc additionné de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique. S. Fernet.

Les récidives du lichen plan (Recurrence in lichen planus), par Lord. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 3, septembre 1932, p. 471.

Les récidives du lichen plan ne sont pas exceptionnelles ; sur 33 lichens plans observés en un an, 4 étaient des rechutes survenant 1, 5, 8 et 16 ans après la première atteinte. S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Le sclérœdème des adultes de Buschke (Scleredema adultorum) (Buschke), par Epstein. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XXVI, n° 10, 3 septembre 1932, p. 820, 5 fig.

Observations de deux cas de sclérœdème des adultes, affection décrite par Buschke en 1902 et appelée « sclérème aponévrotique bénin »

par le professeur Audry. Souvent confondue avec la sclérodermie ou la dermato-myosite, cette affection s'en distingue cependant par de nombreux caractères.

Il s'agit d'un état pseudo-scléromateux de l'hypoderme et des tissus sous-jacents qui sont adhérents aux aponévroses, épaissis, durs et rigides. La peau, dont la coloration est souvent rosée ou même rouge, ne peut être plissée ni décollée des plans profonds ; les plis naturels et le modelé des jointures sont effacés, la face, immobile, prend une expression de masque, les mouvements de la bouche et des paupières sont gênés.

L'affection débute assez fréquemment dans l'enfance après une maladie infectieuse ou une période fébrile indéterminée. Elle se manifeste d'abord au cou puis s'étend à la face, aux épaules, aux membres supérieurs, au thorax. Les parties inférieures du corps sont plus rarement atteintes et toujours d'une façon moins prononcée. Les mains et les pieds sont toujours respectés. Il n'y a aucune pigmentation, pas d'atrophie cutanée et aucun phénomène angioneurotique.

Ce qui donne à cette affection une allure tout à fait spéciale, c'est son évolution spontanée vers la guérison en quelques mois, un ou deux ans au plus. Les récidives ne sont, par contre, pas exceptionnelles. Dans les deux cas cités par E., une première atteinte s'était manifestée pendant l'adolescence, une seconde à l'âge adulte après de nombreuses années de guérison. E. se demande s'il ne s'agit pas d'une forme spéciale d'éléphantiasis. S. Fernet.

Lymphogranuloma inguinale, par Dewolf et Cleve. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCIX, nº 13, 24 septembre 1932, p. 1065, 4 fig.

Première revue générale importante ayant paru aux États-Unis et à laquelle les auteurs ajoutent leurs observations et leurs études personnelles.

Ils ont pratiqué la réaction de Frei (antigène additionné de 0,25 o/o d'acide phénique) chez 1.010 malades. Sur les 1.102 réactions exécutées, 58 ont donné des résultats positifs, 11 des résultats douteux. Les malades qui présentaient ces réactions douteuses n'avaient aucun signe de lymphogranulomatose et aucun d'eux ne paraissait l'avoir eu antérieurement.

Sur les 58 malades dont les réactions étaient franchement positives, 31 présentaient des lymphogranulomatoses en activité, 4 en étaient guéris récemment, 20 accusaient des antécédents nets de lymphogranulomatose et présentaient des cicatrices non douteuses, 3 avaient des lésions ano-rectales.

De W. et C. considèrent que la réaction de Frei est absolument spécifique. Ils l'ont pratiquée chez de nombreux malades atteints d'affections diverses, elle n'a été positive que dans des cas exceptionnels dans lesquels on arrivait toujours à trouver des antécédents d'adénite ingui-

nale chronique. Sur 75 cas de chancre mou, dont 41 accompagnés de bubons, la réaction de Frei s'est montrée positive deux fois. L'un des malades avait présenté une adénite chronique antérieurement et conservait des cicatrices typiques, le second paraissait être atteint d'une infection mixte lymphogranulomateuse et chancrelleuse (présence du bacille de Ducrey, adénites suppurées avec fistules multiples).

L'étude des 20 malades chez qui la réaction de Frei était positive et qui présentaient des antécédents non douteux de lymphogranulomatose, a montré que la réaction pouvait encore être positive 25 ans après la guérison.

Les 3 cas d'affections ano-rectales s'accompagnant de Frei positif se décomposaient comme suit : un cas d'infiltration ano-rectale datant de 13 ans et opéré 6 fois ; après ablation chirurgicale du sphincter anal, un rétrécissement du rectum persistait au-dessus. Pas d'adénopathie constatable. Bordet-Wassermann négatif. Frei positif deux fois avec deux antigènes différents.

Le second cas concernait une femme de 35 ans, qui présentait depuis quelques mois des fistules anales et un rétrécissement du rectum à 5 centimètres au-dessus de l'anus. Frei positif avec deux antigènes. Bordet-Wassermann négatif. Ito-Reenstierna négatif. Pas de gonocoques. Pas d'œdème de la vulve ni de ganglions.

Troisième cas : une femme de 30 ans présentant une fistule anale solitaire, un rétrécissement du rectum, une périmétrite, un écoulement vaginal purulent. Bordet-Wassermann négatif. Pas de gonocoques. Frei positif.

Parmi les traitements préconisés, c'est l'extirpation chirurgicale qui, dans les cas suivis par ces auteurs, a paru donner les meilleurs résultats.

S. Fernet.

Xanthomes multiples ; deux cas intéressant le larynx et la trachée et associés à des diabètes insipides (Xanthoma multiplex ; two cases involving the larynx and trachea and associated with diabetes insipidus), par Finney, Montgomery et New. *The Journal of the American Medical Association,* vol. XCIX, nº 13, 24 septembre 1932, p. 1071, 5 fig.

En raison de leur rareté et à titre documentaire, les auteurs citent deux cas de xanthomes multiples au cours de diabètes insipides. L'un des malades présentait des lésions xanthomateuses sur le palais, les pilliers, la paroi postérieure du pharynx, l'épiglotte. L'état de rigidité de l'épiglotte et le rétrécissement cicatriciel du nasopharynx occasionnant de la dyspnée et de la gène de la déglutition, une trachéotomie dut être pratiquée.

Le second malade présentait des xanthomes sur le bord de la langue, sur la face interne des joues, sur la luette, dans le larynx et sur la cornée.

S. Fernet.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Sur un cas de dermatite chronique végétante verrucoïde, par Elio Sechi. *Achivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 3, août 1932, p. 249, 3 fig. Bibliographie.

L'auteur fait remarquer que, depuis la première communication d'Hallopeau en 1888, si la question des pyodermites végétantes s'est précisée au point de vue étiologique, les aspects cliniques en sont si protéiformes, la pathogénie si incertaine, qu'il en est résulté, non seulement une nomenclature extrêmement variable, mais aussi de grandes difficultés pratiques au point de vue du diagnostic.

Il rapporte une observation personnelle : jeune homme de 22 ans, qui, par suite d'une chute de bicyclette, se fit des excoriations de l'avant-bras droit, sur lesquelles se développèrent des lésions d'aspect verrucoïde. Quelque temps après, à l'avant-bras gauche, et sans traumatismes préalables se développèrent également des lésions de pyodermite, mais qui, celles-là, avaient un caractère différent des premières : furonculoïdes et non verrucoïdes. De part et d'autre, les lésions disparurent rapidement par de simples lavages antiseptiques associés à la vaccinothérapie. Les recherches bactériologiques mirent en évidence la présence d'un staphylocoque blanc.

S. prend cette observation comme base d'une discussion pathogénique. Il rappelle que, depuis 1912, Gougerot a démontré que des pyogènes banaux pouvaient provoquer des productions suppuratives granulomateuses qui simulent des processus gommeux, de nature tuberculeuse, syphilitique ou mycosique.

Mais le point le plus obscur et qui nous échappe le plus, c'est de donner la raison d'une telle évolution végétante. Faut-il mettre en cause le facteur germe, ou bien le facteur terrain ? Une opinion qui s'est imposée avec une assez grande faveur, c'est que l'on a affaire dans ces cas, à des germes de virulence atténuée, qui, au lieu de provoquer un processus aigu, déterminent un processus subaigu ou chronique qui aboutit à des néoformations granulomateuses.

Pour S., il semble difficile d'admettre que la virulence du germe soit seule en cause et, se basant sur certaines particularités du cas rapporté et de divers autres cas précédemment publiés, il démontre qu'au contraire, cette évolution végétante des pyodermites est sous le contrôle direct du terrain. Belgodere.

L'acide lactique dans le sang et dans le liquide de bulle, dans les dermatoses et dans les maladies générales à manifestations cutanées (Première note : L'acide lactique dans le sang et dans le liquide de bulle des lépreux), par Enrico Tissi et Romiro Policaro. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilographia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 3, août 1932, p. 266. Bibliographie.

La plus grande partie de ce travail est consacrée à une revue générale

de la question, où sont étudiées les différentes variétés chimiques de l'acide lactique, son origine dans le sang circulant, d'où il apparaît, ainsi que Cl. Bernard, le premier, l'avait démontré, que l'acide lactique provient surtout de la transformation du sucre, sous l'influence de certaines fermentations. Les ferments glycolytiques ont été rencontrés dans les organes les plus divers et il semble que toutes les cellules de l'organisme soient douées de ce pouvoir glycolytique, mais, plus particulièrement, les cellules en voie d'accroissement. La transformation ne paraît pas, du reste, se faire directement, mais par l'intermédiaire de produits de passage. Cependant, si le sucre est la source principale de l'acide lactique, il en est d'autres : il est établi que les protéines, les graisses peuvent aussi se transformer en acide lactique.

En physiopathologie, l'acide lactique joue un rôle important, notamment dans la physiologie de la contraction musculaire, où son rôle est classique, ainsi que dans la rigidité cadavérique.

L'acide lactique qui s'est formé par ces divers processus pourrait s'accumuler dans le sang et créer un état d'acidose ; cette éventualité est évitée par un mécanisme régulateur, dans lequel intervient d'abord le muscle lui-même, l'afflux de sang produit par la contraction musculaire produisant un apport d'oxygène, qui détruit l'acide lactique et reconstitue ainsi la réaction alcaline par récupération des hydrates de carbone. Enfin, dans ce processus de récupération intervient aussi pour une part importante le foie, ainsi que l'ont démontré les expérimentations physiologiques et les observations pathologiques, par exemple, lacticémie chez les sujets atteints de néoplasme du foie.

A l'état physiologique, la teneur du sang en acide lactique est assez variable : 13 à 16 milligrammes o/o ; dans le liquide céphalo-rachidien, elle est un peu plus élevée : 15 à 18, plus élevée encore dans le liquide amniotique. Elle augmente pendant la grossesse et dans la vieillesse.

A l'état pathologique, c'est surtout dans les néoplasmes que l'on a fait des constatations intéressantes : il y a presque toujours augmentation de l'acide lactique et certains ont même voulu en tirer des applications pour le diagnostic et le pronostic. Dans le diabète, fait paradoxal, il n'y a pas de lacticémie ; il y a augmentation dans les affections hépatiques graves, dans les cardiopathies mal compensées, etc.

Pour ce qui concerne le procédé de dosage, la méthode la plus pratique et la plus précise d'après les auteurs est la méthode colorimétrique de Mendel-Goldscheider, qui permet d'opérer sur de petites quantités de sang ; les auteurs en décrivent la technique.

Dans une seconde partie, plus courte, les auteurs exposent leurs recherches personnelles. Ils font remarquer qu'il est surprenant, alors que l'acide lactique a suscité de si nombreuses recherches, qu'il n'y en ait pour ainsi dire pas eu pour ce qui concerne la dermatologie, alors pourtant que les études biochimiques sont plutôt à la mode actuellement en dermatologie et que l'on cherche de plus en plus à établir des rapports entre dermatoses et état général.

Dans cette première série de recherches, ils se sont adressés à des lépreux et ils ont fait le dosage de l'acide lactique dans le sang et dans le liquide de bulle. Dans le sang, la teneur en acide lactique s'est montrée faible, presque toujours inférieure à la normale. Dans le liquide de bulle, au contraire, la teneur était élevée, 4 fois plus forte que celle du sang. Résultat d'autant plus curieux que, d'après les recherches de Ferrari, la teneur du sucre dans le liquide de bulle, chez les sujets normaux, est inférieure de moitié à celle du sang. Y aurait-il donc des causes locales de production de l'acide lactique ? Du reste, il n'est pas certain qu'on doive attribuer ce fait à des causes pathologiques, car chez des sujets sains des constatations analogues (plus forte teneur en acide lactique du liquide des bulles) ont été déjà faites. Les auteurs se proposent de poursuivre ces recherches. BELGODERE.

Étude sur la structure des épithéliomas cutanés en rapport avec le pronostic et la radiothérapie, par G. MANGANOTTI. *Archivio italiano di Dermatologia Sifilographia, e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 3, août 1932, p. 296, 39 fig. 90 pages dont cinq de bibliographie.

L'auteur s'est attaché, dans cet important travail, à rechercher s'il était possible de baser, sur des particularités de structure des néoplasmes, des données utilisables pour le pronostic et pour les indications radiothérapiques.

Ses recherches ont porté sur 296 cas d'épithélioma de la peau et des muqueuses, étudiés par des coupes en série et en utilisant des méthodes histologiques variées.

Une première partie du mémoire s'appuie sur les notions bibliographiques et se divise en deux chapitres : étude de l'épithélium, étude du mésenchyme.

A. *Épithélium.* — Il faut considérer : la disposition générale des éléments, le cytoplasme, le noyau.

a) *Disposition générale.* — L'auteur étudie : la classification des éléments, leurs caractères différentiels, dimensions, limites cellulaires, les matériaux paraplasmatiques (lipoïdes, glycogène), les processus de cornéification, les perles, qui sont étudiées longuement et que M. classe en : p. cornées, p. paraéléidosiques, p. dégénérées, enfin, accroissement et disposition de ces éléments.

b) *Cytoplasme.* — Beaucoup des caractères indiqués dans de précédents travaux ont perdu de leur valeur, car on s'est aperçu qu'ils étaient dus à des artifices de technique ; on peut observer dans le cytoplasme des processus dégénératifs variés qui, pour M., n'ont rien de caractéristique.

c) *Noyaux.* — Importance de leurs dimensions et surtout des processus caryocinétiques. On a surtout voulu attacher une grande importance à « l'indice caryocinétique » surtout pour guider la radiothérapie. M. discute la valeur de cet indice et apporte des résultats personnels qui permettent de mettre cette valeur en doute.

De la discussion très serrée de ces différents caractères, on peut dégager les quelques notions essentielles suivantes :

1. Disposition des cellules : elle peut être : a) *concentrique*, surtout dans les baso-cellulaires ; ce sont des formes de bon pronostic, surtout parce qu'elles caractérisent des formes de début ; b) *alvéolaires*, plus fréquentes dans les baso, mais s'observant aussi dans les spino : formes généralement peu malignes ; c) *massives*, s'observent surtout dans les spino et n'ont de signification au point de vue de la malignité qu'en rapport avec d'autres caractères ; dans les baso, au contraire, cette disposition est un indice certain de malignité.

2. Caractères des cellules : a) *dimensions*, dans les baso, elles sont habituellement inférieures à celles des cellules malpighiennes et n'ont pas de signification pronostique particulière ; dans les spino, au contraire, où souvent les éléments sont plus grands et très irréguliers, le pronostic est d'autant plus incertain que cette diversité est plus marquée ; b) *limites*, dans les baso, elles sont généralement peu distinctes, même dans les cas qui donnent un bon résultat thérapeutique ; dans le spino, le pronostic semble être plus favorable dans les cas à limites nettes, mais le contraire peut s'observer aussi ; c) *différenciation*, elle n'a de valeur que pour les spino ; elle est d'un bon pronostic quand la différenciation est très marquée, mais elle devient un indice de malignité si la différenciation est tumultueuse et irrégulière.

3. Caractères des noyaux : a) *dimensions*, seule l'irrégularité de volume des éléments entre eux a une signification pronostique : plus cette diversité est accentuée, plus le pronostic est mauvais ; ceci est vrai surtout pour les spino ; b) *quantité et atypie des mitoses*, seules les mitoses atypiques ont une certaine valeur et sont un signe défavorable quand elles sont nombreuses, mais comme il a été dit ci-dessus, l'indice caryocinétique n'a pas de valeur.

4. Caractères des perles : a) *type*, perles cornées, infiltrées de Ca : bon pronostic, évolution lente ; perles paraéléidosiques et surtout perles dégénérées ou petites, sont un indice de malignité accentuée ; b) *nombre*, il semble que la très grande abondance des perles soit un indice favorable et qu'au contraire leur rareté caractérise les formes malignes.

B. *Mésenchyme.* — Le développement d'une tumeur épithéliale provoque dans le mésenchyme des réactions dont la signification demande à être interprétée et qui portent sur les éléments cellulaires et sur le stroma.

a) *Partie cytologique.* — M. étudie les différents infiltrats cellulaires et les classe en cinq variétés : 1) monolymphocytaires ; 2) polynucléaires neutrophiles ; 3) polynucléaires éosinophiles ; 4) plasmacellulaires ; 5) histiocytaires.

b) *Partie stromale.* — Les altérations (proliférations, raréfactions, dégénérescences) peuvent porter sur : 1) les fibres collagènes ; 2) les fibres élastiques ; 3) le tissu réticulé.

De l'analyse et de la discussion de ces diverses modifications, M. tire les conclusions suivantes :

Pour la partie cellulaire : elle semble réagir dans la plupart des cas vis-à-vis d'un néoplasme en mobilisant de préférence tantôt l'un tantôt l'autre groupe de ses éléments, de manière à constituer différents types de réaction qui sont dénommés selon la variété cellulaire prédominante. La valeur pronostique de chacune est différente, mais on peut dire actuellement que les cas les plus favorables sont ceux à réaction plasma-cellulaire ou histiocytaire, tandis que les réactions monolymphocytaires ou polynucléaires impliquent plutôt un mauvais pronostic.

Pour la partie stromale : elle est le siège en face d'un néoplasme, soit de dégénérescences, soit de néoformations. Ce sont surtout les fibres élastiques qui dégénèrent et leur néoformation n'a pu être établie ; les fibres collagènes préexistantes à la tumeur dégénèrent souvent, mais par contre d'autres peuvent se former par l'action des fibrocytes. Mais c'est principalement le tissu réticulaire qui accompagne toujours la réaction mésenchymateuse en tissant une trame plus ou moins épaisse qui se présente sous différents types : adénoïde, linéaire, arciforme. Ces dispositions ne sont pas du reste particulières à l'épithélioma, mais se rencontrent aussi dans diverses dermatoses et dépendent surtout de la nature de l'infiltrat cellulaire.

Dans les deux catégories de tumeurs, baso et spino, les fibres contractent des rapports divers avec les jetées néoplasiques, se distribuant sans ordre autour des alvéoles baso-cellulaires et se présentant presque toujours autour des spino-cellulaires sous l'aspect d'une couche réticulaire semblable à celle qui existe normalement au contact de l'épiderme. Les différents types de cette trame réticulaire peuvent être représentés soit par des fibres normales, soit par des fibres dont l'aspect et les propriétés tinctoriales sont plus ou moins altérés.

Dans une deuxième partie de son mémoire, M. rapporte diverses observations personnelles qui viennent à l'appui des conclusions précédentes et il résume dans un tableau synoptique les caractères des 296 cas d'épithélioma qui ont été la base de ses recherches. Il annonce du reste la publication prochaine de deux autres travaux dont l'un sera consacré à l'étude des épithéliomas secondaires ou associés, l'autre à des données statistiques et des observations générales tirées du matériel examiné.

Belgodere.

Sur un cas de sclérodermie unilatérale, par Angelo Scarpa. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilographia e Venereologia,* vol. VIII, fasc. 4, septembre 1932, p. 385, 2 fig. Bibliographie.

L'auteur rappelle rapidement les notions cliniques actuellement admises sur la sclérodermie et insiste sur les diverses théories étiologiques : autotoxique, infectieuse, vasculaire, endocrinienne, nerveuse ou neurotrophique, endocrino-sympathique ou neuro-endocrinienne. Discussion de ces diverses théories.

Il rapporte ensuite une observation personnelle, celle d'une fillette de 12 ans, prépubère, atteinte de lésions cutanées qui offraient indiscutablement les caractères de la sclérodermie, sans que ce diagnostic puisse être douteux. Mais cette sclérodermie présentait deux particularités curieuses : 1) les lésions, tout en étant nombreuses et diffuses étaient disposées en plaques et en bandes, c'est-à-dire offraient des caractères intermédiaires aux sclérodermies généralisées et aux sclérodermies localisées ; 2) ces lésions étaient limitées à la moitié droite du corps, tandis que la moitié gauche était absolument indemne. Le père de cette enfant avait eu la syphilis, mais chez tous deux le Bordet-Wassermann était négatif. D'après ses caractères et son évolution, S. estime que ce cas doit être classé parmi les *formes chroniques diffuses.*

Comment expliquer la pathogénie d'une affection semblable ? S. reprend les théories pathogéniques ci-dessus énumérées et les confronte successivement avec le cas de cette malade, montrant qu'aucune d'elles ne donne entière satisfaction et n'est à l'abri de la discussion.

Toutefois, la systématisation nette des zones sclérodermiques dans une moitié du corps lui semble un argument important en faveur de la théorie nerveuse. D'autant plus que, en outre, la distribution de cette sclérodermie correspondait à des territoires d'innervation radiculaire et métamérique bien définis.

Mais d'autre part, on sait qu'il existe de nombreux rapports, anatomiques, physiologiques et pathologiques entre les deux sphères, animale et végétative du système nerveux. Laquelle des deux doit être mise en cause ? Comme il n'existe aucun trouble associé des fonctions du système nerveux cérébro-spinal et, par contre, les recherches effectuées ayant montré chez la malade une dystonie végétative avec prédominance de phénomènes parasympathicotoniques, il semble bien que l'atteinte du système nerveux porte surtout sur le système végétatif.

BELGODERE.

Sur une forme rare de syphiloderme tertiaire précoce et bismutho résistant, par G. CALLIGARIS *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilographia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 4, septembre 1932, 1 fig.

Observation d'une femme de 25 ans, prostituée, syphilitique, qui fut atteinte, dans la région deltoïdienne d'une ulcération sur laquelle il était impossible de faire aucun diagnostic précis. Pas de signes cliniques et histologiques évidents et les réactions sérologiques étaient négatives. Par contre, la cuti-réaction au luotest de Muller était positive fortement. En raison de ses antécédents et du résultat du luotest, et malgré la carence des autres preuves, la malade fut soumise au traitement spécifique. Comme il y avait eu, lors des traitements antérieurs, des réactions d'intolérance arsenicale, on eut recours au bismuth ; ce traitement ne donna aucun résultat, ce qui accentuait encore l'incertitude du diagnostic. On revint alors à l'arsenic : les injections intra-

veineuses d'arsénobenzol furent cette fois bien supportées et amenèrent une guérison rapide, confirmant ainsi le diagnostic de syphilis tertiaire qui avait pu jusqu'alors seulement être suspecté. Il s'agissait d'une syphilide tertiaire précoce avec absence totale de réaction du système lymphatique, due à la faible défense de l'organisme, ce qui explique le tableau clinique et histologique anormal.

L'échec du traitement bismuthique pourrait faire penser à un cas de bismutho-résistance, mais cependant cette malade avait déjà subi antérieurement avec de bons résultats le traitement bismuthique. C. admet donc plutôt l'hypothèse suivante : l'échec du Bi serait dû à l'état anergique qui, de même qu'il empêchait les réactions sérologiques, empêchait la réaction des tissus au médicament.

Intéressant aussi est le fait du résultat positif de la cuti-réaction au luotest, alors que les réactions sérologiques étaient en défaut. C. rappelle que certains auteurs estiment que, dans la syphilis tertiaire, la cuti-réaction a plus de valeur que la réaction de Bordet-Wassermann.

BELGODERE.

Contribution à la connaissance du Pityriasis rubra pilaire de Devergie, par Elio SECHI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. VIII, fasc. 4, septembre 1932, p. 427, 3 fig. Bibliographie.

Étude clinique et histologique d'un cas typique de *pityriasis rubra*. Chez un enfant de 5 ans, dont le père présentait une constitution lymphatique, mais sans antécédents pathologiques, personnels ou héréditaires, la mère en très bonne santé, une tante morte de tuberculose. L'enfant avait un aspect lymphatique, de l'obscurité au sommet droit, des zones de calcification révélées par la radiographie, un souffle mitral, une réaction à la tuberculine fortement positive, avec équilibre endocrinien normal. La dermatose avait débuté par une congestion intense du visage, suivie de l'apparition d'un placard sur la bosse frontale droite, puis d'une desquamation pityriasique du visage, d'une explosion cutanée aux coudes et aux genoux, avec hyperkératose palmaire et plantaire. Cette dermatose semble avoir régressé sous l'influence de l'opothérapie, mais il y avait eu aussi un séjour à la montagne qui avait amené une grande amélioration de l'état général. Celui-ci ayant faibli de nouveau, il se produisit une nouvelle poussée de l'affection cutanée plus étendue que la première ; les lésions étaient symétriques et l'élément constitutif était une saillie cornée conique ou mousse, principalement folliculaire.

Au point de vue histologique, la lésion était dermo-épidermique, se traduisant par un processus hyperkératosique accentué, avec dégénérescence kératinique précoce de la couche malpighienne en état de légère acanthose, prolifération des éléments de l'adventice avec épaississement de la paroi ; réaction fibroblastique péri-folliculaire avec dégénérescence kératinique des cellules folliculaires, surtout au niveau de l'orifice, où elles formaient des amas épais et compacts. S. discute le diagnostic,

puis aborde la question si controversée de la nature du *pityriasis rubra* rappelant notamment ses analogies avec le *lichen ruber acuminatus*, si bien que l'École de Vienne soutient la théorie de l'unicité des deux affections, tandis que l'École française les considère comme distinctes. Il rappelle les différentes théories pathogènes qui ont été proposées : maladie familiale, déséquilibre du système endocrinien, étiologie tuberculeuse. Pour Darier, il s'agit d'une tuberculide péri-folliculaire. S. discute ces différentes théories, admettant comme conclusion que c'est encore la théorie de la nature tuberculeuse qui a pour elle les arguments les plus solides, sans qu'on puisse cependant dire que sa démonstration ait été faite d'une manière absolue qui ne puisse laisser aucun doute.

BELGODERE.

Parallèle entre la réaction de Wassermann et la réaction de Meinicke T. R. dans le sérum du sang, par Giovanni LANTERI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. VIII, fasc. 4, septembre 1932, p. 443. Bibliographie.

L'auteur a effectué ses recherches sur 1.222 sérums, dont 822 luétiques et 400 non luétiques. Il y a eu 220 réponses discordantes, ce qui établit à 82 o/o environ le pourcentage de concordances entre la réaction de Bordet-Wassermann et la réaction de Meinicke T. R.

Mais ce simple pourcentage ne suffit pas pour établir une comparaison : il faut tenir compte de trois facteurs : *sensibilité, spécificité, simplicité*.

1. Pour ce qui concerne la *sensibilité*, la réaction de Meinicke T. R. s'est montrée supérieure à la réaction de Bordet-Wassermann. Cette sensibilité se déduit de l'ensemble des réponses positives spécifiques. Or, sur 822 syphilitiques, la réaction de Bordet-Wassermann a donné 394 réponses positives, soit 47,93 o/o, la réaction de Meinicke T. R. a donné 551, soit 67,03 o/o. Cette différence notable de positivités spécifiques semble la preuve la plus authentique de la sensibilité plus grande de la réaction de Meinicke T. R. par rapport à la réaction de Bordet-Wassermann. Si l'on veut une estimation encore plus précise, on peut ajouter que l'*indice de sensibilité spécifique*, résultant de la différence entre le pourcentage de positivités spécifiques et aspécifiques, est pour la réaction de Bordet-Wassermann de 47,43 o/o et pour la réaction de Meinicke T. R. de 65,78 o/o. La différence de sensibilité en faveur de la réaction de Meinicke T. R. concerne plus spécialement la syphilis primaire, la syphilis récente, la syphilis tardive, la syphilis ignorée, la syphilis héréditaire dystrophique et la syphilis douteuse. Il y a à peu près égalité pour la syphilis héréditaire virulente et pour la syphilis acquise. Au point de vue du rapport avec les traitements, la réaction de Meinicke T. R. présente encore une nette supériorité par sa plus grande résistance aux divers traitements.

2. Pour ce qui est de la *spécificité*, il faut considérer les résultats obtenus chez les sujets-contrôle. La proportion de résultats aspécifiques

a été de 0,50 o/o pour la réaction de Bordet-Wassermann et de 1,25 o/o pour la réaction de Meinicke T. R. ; cette dernière s'est donc montrée moins spécifique. Sur 5 sujets avec réaction de Meinicke T. R. positive qui n'étaient pas atteints de syphilis, il y avait deux cas de lupus, ce qui confirme l'opinion émise précédemment par d'autres auteurs, sur l'influence de la tuberculose cutanée. Mais cette différence de spécificité entre les deux réactions n'est pas importante au point qu'elle puisse infirmer la valeur qu'il convient d'attribuer à la réaction de Meinicke T. R. L. a pu en effet, grâce à la sensibilité plus grande de la réaction de Meinicke T. R. déceler des cas de syphilis ignorée qui ont grandement bénéficié du traitement spécifique et qui auraient passé inaperçus par la réaction de Bordet-Wassermann seule.

3. Pour ce qui est de la *simplicité*, la technique de la réaction de Meinicke T. R. est incontestablement plus simple, mais elle est aussi très délicate, de sorte que l'on ne peut pas la considérer comme une technique qui soit à la portée de tout médecin praticien, ce qui avait été l'idée primitive de Meinicke ; des causes d'erreur minimes et qui échappent à un opérateur peu exercé peuvent venir fausser complètement les résultats. L. insiste sur l'opportunité de faire deux lectures, après 1 heure et après 24 heures, afin de ne pas laisser échapper certains cas de légères positivités qui passeraient certainement inaperçus si la lecture était faite en une seule fois au bout d'une heure.

Comme la réaction de Meinicke a été l'objet de diverses modifications, il convient de noter que c'est sur la dernière modification qu'ont porté les expériences, desquelles L. estime devoir conclure que la réaction de Meinicke T. R. répond à toutes les exigences que l'on peut avoir à l'égard d'une preuve biologique et qu'on doit la considérer comme une réaction de contrôle très utile pour le diagnostic et le pronostic de la syphilis. BELGODERE.

Sur un cas de carcinome latent du pancréas avec généralisation métastatique peu commune (particulièrement présence de métastases cutanées), par Guido RADAELI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 4, septembre 1932, p. 464, 3 fig Bibliographie.

Observation curieuse d'un homme de 55 ans, qui présentait de multiples tumeurs sous-cutanées mobiles sans réaction inflammatoire ; il y avait en outre des signes de tumeur cérébrale (crises épileptiformes) et des localisations dans les muscles. R. discute le diagnostic, éliminant les sarcoïdes sous-cutanées, les gommes syphilitiques, la maladie de Recklinghausen, la cysticercose, et limite les hypothèses à la diffusion métastatique d'un sarcome ou d'un cancer.

L'histologie démontre le cancer, la structure étant celle d'un adénocarcinome kystique papillifère. Le malade succomba au cours d'une crise d'épilepsie jacksonnienne. L'autopsie montra des lésions cancéreuses du cerveau dans la zone rolandique et fit en outre découvrir la localisation initiale : un cancer du pancréas qui était resté absolu-

ment latent au point de vue clinique : il siégeait au niveau du corps, avait envahi la tête par continuité et présentait une consistance plutôt molle, ce qui explique qu'il n'avait pas provoqué d'ictère. Les caractères histologiques permettent de suspecter que le point de départ a été au niveau des cellules épithéliales de revêtement des canaux excréteurs de l'organe, bien qu'on ne constate pas un signe qui a été donné par certains auteurs comme caractéristique : la présence de mucus. Les crises convulsives auraient pu faire penser à des accidents d'hypoglycémie, qui ont été signalés parfois dans les cancers du pancréas. Les métastases sont fréquentes dans les cancers du pancréas, mais il s'agit le plus souvent de foyers secondaires de voisinage, par contiguïté ou par voie lymphatique, notamment dans le foie. Les localisations multiples à distance, comme dans le cas rapporté, sont beaucoup plus rares, d'autant plus que, dans ce cas, le foie, précisément était indemne, du moins macroscopiquement. L'auteur explique ces particularités par une dissémination par la voie hématogène, au lieu de la voie lymphatique qui est habituellement incriminée ; du reste, les foyers secondaires cérébraux ne peuvent s'expliquer autrement. C'est par l'intermédiaire du canal thoracique que les cellules cancéreuses passeraient dans la circulation générale.

R. passe en revue la bibliographie, d'où il résulte que son cas est seulement le 9e qui ait été observé avec ces caractères ; on admet généralement que les métastases sont plus fréquentes dans les cancers du corps et de la queue, que dans ceux de la tête et cela s'explique, les premiers étant généralement des encéphaloïdes, les seconds des squirres.

Ces disséminations multiples sous-cutanées, accompagnant un cancer du pancréas qui était demeuré absolument latent, sont peut-être d'un intérêt médiocre pour le médecin général, mais d'un haut intérêt pour le dermatologiste, à cause des problèmes de diagnostic qu'elles soulèvent. Et il faut savoir que ces métastases peuvent se présenter sous les aspects les plus divers : nodosités recouvertes de peau alopécique rouge ou bleuâtre, au cuir chevelu ; placards ou plastrons rouges ou cyanotiques, œdémateux, infiltrés de nodosités et pouvant s'ulcérer ; plaques d'allure sclérodermique, ou bien simulant un lupus érythémateux au cuir chevelu ; exanthèmes lichénoïdes ; manifestations urticariennes ; plaques érythémateuses, érysipéloïdes ou bien infiltration d'aspect purpurique récemment signalée par Gougerot.

Belgodere.

Il dermosifilografo (Turin).

Contribution à l'étude du mycosis fongoïde, par Carlo Mazzanti. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 9, septembre 1932, p. 481, 8 fig. Bibliographie.

Observation d'une femme de 37 ans, atteinte de mycosis fongoïde qui put être suivi pendant 2 ans. La mère de la malade était atteinte

de tuberculose pulmonaire et son mari mourut d'aortite spécifique ; elle-même avait une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive.

Il y eut d'abord une longue période prémycosique d'une durée de 13 ans caractérisée par des accidents cutanés pseudo-eczémateux ; enfin survint une phase terminale érythrodermique, rapidement mortelle, malgré de bons résultats initiaux obtenus localement par des applications de radium. A l'autopsie, en outre des lésions cutanées, on constata des tuméfactions multiples des divers groupes ganglionnaires et des lésions viscérales multiples dans les poumons, les reins, le foie, la rate. Dans le foie et la rate, ces altérations consistaient, macroscopiquement en petits nodules de la grosseur d'un grain de mil, jaunâtres, à limites nettes.

Au point de vue histologique, dans la peau, on constatait une infiltration, en foyers surtout péri-vasculaires, dans le derme, plus accentuée dans la région sous-papillaire, et qui se continuait en dégradant par en haut vers le derme papillaire, jusqu'à envahir les couches les plus profondes de l'épiderme ; en bas, l'infiltration s'étendait jusqu'au tissu sous-cutané. Cette infiltration était constituée principalement par des mononucléaires à type lymphocytoïde et elle était pourvue d'un stroma de tissu réticulaire bien évident. Dans d'autres coupes pratiquées sur des prélèvements faits après la mort, on constatait en outre la présence de cellules géantes à foyers multiples. La recherche du bacille de Koch fut négative.

Dans les ganglions, la structure normale n'était plus reconnaissable ; il y avait une infiltration cellulaire où prédominaient des éléments monocytaires à type lymphocytoïde, mais très variables dans leur aspect et leurs dimensions et en outres de nombreuses autres variétés cellulaires : fibroblastes, cellules plasmatiques, mastzellen, polynucléaires, dont beaucoup d'éosinophiles, enfin des cellules géantes à noyaux multiples, ressemblant beaucoup aux cellules de Sternberg-Paltauf.

Les petits nodules qui étaient disséminés dans le foie et dans la rate présentaient les mêmes variétés cellulaires que dans la peau et les ganglions, c'est-à-dire prédominance d'éléments lymphocytoïdes.

M. discute le diagnostic de ce cas d'après les caractères cliniques, hématologiques, anatomo-pathologiques, histologiques et étiologiques. Il élimine ainsi les formes leucémiques et la lymphogranulomatose maligne qui peuvent le plus prêter à confusion avec le mycosis fongoïde, et il s'arrête enfin à ce dernier diagnostic, malgré la présence d'éléments cellulaires du type Sternberg, qui appartiennent plus spécialement aux lésions de la lymphogranulomatose, mais ne peuvent être considérées comme absolument spécifiques, car on les a rencontrées déjà dans le mycosis fongoïde et dans des cas de lymphosarcome et de cancers ganglionnaires.

Les lésions viscérales observées dans le cas étudié sont rares, mais ont été déjà signalées. Ce qui différencie à ce point de vue le mycosis fongoïde de la lymphogranulomatose, c'est que, dans cette dernière,

les lésions viscérales sont primitives et les lésions cutanées secondaires, tandis que c'est l'inverse qui s'observe dans le mycosis fongoïde.

Enfin, malgré les antécédents, les lésions n'avaient aucun caractère qui permît de leur attribuer une nature tuberculeuse ou syphilitique, mais il n'est pas impossible cependant que ces deux grandes infections aient joué un certain rôle dans le déterminisme de la maladie, dont la cause initiale nous est encore inconnue. BELGODERE.

Singulière forme d'angioneurose du nez, par Francesco LISI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 9, septembre 1932, p. 509, 8 fig.

Une jeune couturière de 17 ans, qui avait eu jusqu'alors le bout du nez plutôt pointu, le vit prendre peu à peu une forme globuleuse, puis enfin apparut une coloration rouge accentuée, à limites peu nettes, au niveau de laquelle la surface de la peau devenait brillante par accentuation de la sécrétion sébacée, mais il n'y avait jamais d'accentuation de la sécrétion sudorale (comme cela se voit dans la *granulosis rubra nasi*, par exemple).

L'auteur a étudié ce cas d'une manière très détaillée : capillaroscopie, épreuves pharmacodynamiques, examen du système neuro-végétatif. On constate une atténuation générale de la réponse aux diverses excitations et l'examen capillaroscopique met en évidence une ectasie nette de quelques anses isolées et du plexus veineux sous-papillaire. Il semble donc que la lésion cutanée soit due surtout à un trouble fonctionnel vasculaire.

Discussion du diagnostic avec : hyperémie par stase, capillarite, localisation nasale de la maladie de Raynaud, congestion neuro-paralytique, névrite, érythrose de Bechterev, sclérodermie circonscrite, érythème réflexe, érythromélagie.

Étant donné que la seule donnée pathogénique positive fournie par l'examen consiste dans une légère orientation vagotonique, l'auteur est porté à interpréter la lésion cutanée de cette jeune fille comme un trouble périphérique du système neuro-végétatif annexé à l'artère de la cloison ; d'où il résulterait une altération du trophisme, portant, non pas seulement sur les vaisseaux, mais aussi sur les autres tissus, ce qui expliquerait la modification de forme du lobule nasal, qui a précédé l'éthythrose. La pathogénie serait différente par conséquent de celle de la *granulosis rubra nasi* dans laquelle il y a des perturbations de la sécrétion sudorale ; dans cette dernière affection, le trouble neuro-végétatif porterait, d'après l'auteur, sur le nerf naso-lombaire de Caïssier, qui, comme tous les nerfs sensitifs, contient des fibres sudoriparo-sécrétoires. BELGODERE.

Lupus érythémateux et alopécie en aires, par Giorgio ROBBA. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 9, septembre 1932, p. 519, 2 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte deux cas de lupus érythémateux chronique, dans lesquels, après plusieurs années de persistance de cette dermatose, fut

constatée une alopécie en aires. Par l'examen somatique, furent mis en évidence des signes spécifiques pulmonaires dans le premier cas et de la muqueuse buccale dans le deuxième. Dans les deux, carie dentaire accentuée et hyperplasie des ganglions cervicaux. En outre, dans le premier cas, l'intradermo-réaction avec la vieille tuberculine se montra particulièrement intense et fut suivie d'une légère réaction de foyer ; les intradermo-réactions avec les vaccins streptococciques et staphylococciques furent faiblement positives.

L'auteur passe rapidement en revue les théories pathogéniques du lupus érythémateux et de l'alopécie en aires et rappelle que les partisans de la théorie streptococcique du lupus érythémateux ont admis l'unité pathogénique des deux affections dans les rares cas, analogues aux siens qui ont été enregistrés dans la littérature. Il se déclare toutefois plus porté à admettre, chez ses deux malades, une origine tuberculeuse pour le lupus érythémateux et à expliquer par contre l'alopécie en aires par la théorie de Barber (pilipapillite toxique). BELGODERE.

La Riforma Medica (Naples).

Sur l'ictère syphilitique primitif pré-exanthématique, par Luigi CIARROCHI. *La Riforma Medica,* 48e année, no 30, 23 juillet 1932, p. 1136.

L'auteur rapporte deux observations d'ictère précoce syphilitique, auquel il donne le nom d'*ictère syphilitique primitif pré-exanthématique,* dénomination qui a l'avantage d'éviter la confusion avec les ictères survenant chez les sujets déjà soumis à l'action des médicaments antiluétiques ou avec ceux qui sont contemporains des accidents secondaires.

Chez l'un de ces malades, l'ictère apparut au 15e jour du chancre et à la période présérologique, ce malade était en outre atteint de tuberculose pulmonaire.

Le deuxième sujet vit l'ictère apparaître à la 3e semaine du chancre, les réactions sérologiques étant positives ; ce sujet était en outre paludéen.

Guérison rapide dans les deux cas par le traitement bismuthique d'abord, continué ensuite par l'arsénobenzol.

A propos de ces deux cas, l'auteur expose les considérations suivantes :

On a décrit, dans la période primaire de la syphilis, deux variétés d'ictère : ictère hémolytique et ictère pseudo-catarrhal. Les deux cas qui font l'objet de ce travail appartiennent évidemment à la deuxième forme, car il y avait : cholurie, décoloration des matières, absence de fragilité globulaire et d'anémie et pas d'hématies granuleuses.

D'autre part, il n'y avait pas de fièvre, pas de troubles gastro-intestinaux, ni de fatigue générale, ce qui permettait encore d'éliminer l'ictère catharral simple.

Toutefois, on pouvait constater certains signes qui, d'après certains auteurs, devaient faire défaut dans l'ictère syphilitique : prurit intense, ralentissement du pouls, résistance globulaire normale.

Pour C., la vérité c'est qu'il n'y a pas au point de vue clinique, entre ces deux variétés d'ictère de démarcation absolument nette, elles peuvent très bien avoir une symptomatologie commune et l'efficacité du traitement spécifique elle-même n'est pas une preuve absolue puisque Milian admet que cet ictère syphilitique précoce peut guérir spontanément.

Au point de vue étiologique, C. admet que, pour que ces ictères, du reste rares, puissent se manifester, il faut qu'à la syphilis puissent s'ajouter des facteurs coadjuvants tels que l'alcool, des troubles gastro-intestinaux anciens, des maladies infectieuses chroniques comme c'était le cas dans les deux observations étudiées, l'un des sujets étant tuberculeux et l'autre paludéen.

Il faut sans doute aussi faire intervenir un facteur constitutionnel, une certaine labilité prédisposante de la cellule hépatique chez certains sujets.

Enfin, l'étude de la fonctionnalité hépatique chez les deux sujets a démontré que ces ictères précoces étaient des ictères hépatogènes et non des ictères par rétention.

Au point de vue du pronostic, il est à craindre chez ces sujets qui présentent ces manifestations hépatiques précoces, que ne se développent plus tard des hépatites chroniques et il est par suite important de les soumettre à un traitement très surveillé, intensif et prolongé.

Belgodere.

Japanese Journal of Dermatology and Urology.

Le rapport des réactions sérologiques positives avec la présence des substances lipoïdiques dans les tissus des lépreux (The relation between positive serum-reaction and lipoid substances in the tissues of lepers), par Rhee. *Japanese Journal of Dermatology and Urology*, vol. XXXII, nº 9, septembre 1932, p. 101.

Les réactions sérologiques de la syphilis sont fréquemment positives au cours de la lèpre. Le pourcentage des réactions positives est particulièrement élevé lorsqu'on pratique la réaction de Bordet-Wassermann avec un antigène lécithiné, proposé par des auteurs japonais. La sensibilité particulière de cet antigène est attribuée à la présence du lipoïde.

R. a fait l'examen histologique des tissus lépreux parallèlement à la réaction de Bordet-Wassermann. Il constate que les lésions lépreuses contiennent souvent des lipoïdes, il en prouve la nature chimique et établit un rapport constant entre la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann et la présence de lipoïdes dans les lésions.

S. Fernet.

Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare de Varsovie.

Un cas de dipthérie cutanée, par Wroblewska. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare de Varsovie*, t. I, fasc. 2, p. 132.

Observation d'une fillette de 5 ans présentant, avec une température de 39°, un œdème des grandes lèvres et des ulcérations multiples de la région ano-vulvaire. A l'intérieur des grandes lèvres, sur le périnée, sur le pourtour de l'anus, les ulcérations étaient plus ou moins étendues, crevassées, recouvertes d'un exsudat gris brunâtre et fétide. Les ganglions de l'aine étaient tuméfiés. Les muqueuses nasale et pharyngée paraissaient saines.

L'examen direct de l'exsudat fut négatif, mais les cultures révélèrent la présence du bacille de Löffler. Dans le pharynx, on ne trouvait que des bacilles pseudo-diphtériques.

Sous l'influence du sérum antidiphtérique, la température redevint normale et les lésions se cicatrisèrent rapidement.

Il s'agissait donc d'un cas de diphtérie cutanée primitive chez une enfant qui n'était pas porteur de germes.

On rappelle à ce propos que les nourrissons, en particulier dans les crèches, sont quelquefois porteurs de germes diphtériques au niveau de lésions cutanées paraissant banales, telles que l'impétigo ou les eczématides. S. Fernet.

Un cas de sclérodermie, par Bernhardt et Bruner. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare de Varsovie,* t. I, fasc. 2, p. 142.

Il s'agit d'un homme de 54 ans, ancien syphilitique, atteint de psoriasis depuis 30 ans, qui présente une sclérodermie en bande s'étendant de la nuque à la partie moyenne du bras. La participation des muscles du cou au processus sclérodermique (scléromyosite) gène les mouvements de la tête qui est fixée en flexion ; les mouvements passifs sont très limités et douloureux. Une radiographie de la colonne vertébrale montre que les espaces intervertébraux entre la 7e cervicale et la 1re dorsale, la 1re et la 2e dorsale sont élargis verticalement aux dépens du bord inférieur des corps vertébraux susjacents dont la perte de substance revêt la forme d'une échancrure semi-lunaire.

Des lésions de ce genre ne paraissent jamais avoir été observées, à plus forte raison au cours des sclérodermies. S. Fernet.

A propos de la nature des pemphigus, par Bernhardt. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare de Varsovie,* t. I. fasc. 2, p. 148.

De récents travaux allemands (Urbach et Reiss) sur les pemphigus et les affections bulleuses voisines signalent que l'injection de la sérosité des bulles ou du sang des malades à des lapins est souvent suivie chez cet animal d'une paralysie du train postérieur survenant vers le 5e jour ou d'une infection subaiguë mortelle.

B. a contrôlé ces assertions avec le sang et le contenu des bulles de trois malades de son service : tous les lapins inoculés sont restés sains. S. Fernet.

Colite ulcéreuse syphilitique, par Rasolt. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare de Varsovie,* t. I, fasc. 2, p. 177.

Il s'agit d'un homme de 71 ans qui, sans avoir antérieurement présenté de troubles digestifs, eut des selles sanglantes, accompagnées de douleurs dans l'hypocondre gauche. Les selles contenaient du sang rouge en assez grande abondance. Le toucher rectal ne révélait rien d'anormal. La rectoscopie montrait, à une hauteur de 20 centimètres, une muqueuse rouge, tuméfiée et des exulcérations sanguinolentes entourées de lambeaux de muqueuse sphacélée. Il ne pouvait s'agir ni de tumeur ni de polype. Une série d'examens firent successivement écarter les hypothèses de dysenterie, de tuberculose, d'urémie, de leucémie, etc. Seul le Bordet-Wassermann fut positif. On pratiqua donc des injections de novarsénobenzol et des frictions mercurielles. Dès la première semaine de ce traitement, les selles étaient redevenues normales. A la fin du traitement, le malade avait augmenté de 17 kilogrammes, il ne souffrait plus, un prurit rebelle, qu'il présentait antérieurement, avait disparu ; la rectoscopie permettait de constater la cicatrisation des ulcérations du côlon ; le Bordet-Wassermann était devenu négatif. S. Fernet.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Les réactions allergiques des psoriasiques et l'influence de la pyrétothérapie, par Mienicki et Ryll-Nardzewski. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXVII, n° 2, juin 1932, p. 143.

M. et R. ont traité 12 psoriasiques par la pyrétothérapie (Dmelcos) et se sont attachés surtout à l'étude des modifications des réactions allergiques sous l'influence de ce traitement.

Au point de vue clinique, la pyrétothérapie a une influence favorable sur le psoriasis uniquement dans les cas où la fièvre a été élevée et les accès multiples. Le décapage des lésions n'est souvent pas radical et les rechutes sont fréquentes.

La pyrétothérapie modifie les réactions cutanées des psoriasiques au Dmelcos : papuleuse habituellement, l'intradermo-réaction devient érythémateuse après le traitement. S. Fernet.

Contribution à l'étude de l'étiologie du Pityriasis rubra pilaire de Devergie Besnier (la réaction d'Abderhalden), par Ryll-Nardzewski. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXVII, n° 2, juin 1932, p. 195.

R. a pratiqué la réaction d'Abderhalden au moyen de l'interferomètre de Zeiss dans un cas typique mais récent de *pityriasis rubra* pilaire chez un homme de 22 ans. L'examen a montré un déséquilibre fonctionnel du corps thyroïde, du thymus, de l'hypophyse, des surrénales et des testicules. La maladie s'étant atténuée spontanément sous l'influence du repos, la réaction d'Abderhalden a permis d'enregistrer l'amélioration parallèle dans le fonctionnement des glandes.

S. Fernet.

Acta Dermato-Venereologica de Stockholm.

Recherches sur la coagulation du sang des malades syphilitiques avec considération du taux du calcium dans le sérum et des groupes sanguins, par Marian de Mienicki. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 2, mai 1932, p. 63.

L'auteur a complété ses recherches sur la coagulation du sang après des injections de bismuth dans la syphilis expérimentale par le dosage du calcium dans le sérum des syphilitiques. Il a étudié en même temps les groupes sanguins dans cette maladie. Les recherches ont été pratiquées sur 204 malades à des stades différents de la syphilis. La teneur en calcium a été déterminée dans 146 cas et les groupes sanguins dans 116 cas. Il conclut :

1° Le sang des syphilitiques montre en général, un retard de la coagulation. Cette tendance augmente graduellement dès l'apparition du chancre jusqu'à la période tertiaire inclusivement ;

2° Dès que la syphilis entre dans la période quaternaire (tabès, paralysie progressive), la moyenne du temps de coagulation change, il existe alors une tendance à l'accélération ;

3° Dans le sérum des syphilitiques des périodes primaire, secondaire et tertiaire, ainsi que dans celui de sujets atteints de tabès, le taux du calcium est en général un peu élevé, mais à un degré tout à fait insignifiant ;

4° Dans la paralysie générale, en présence d'une augmentation du temps de coagulation, le taux du calcium du sérum présente des valeurs inférieures à celles que l'on obtient dans les autres périodes de la syphilis ;

5° La teneur en calcium du sérum des syphilitiques ne dépend pas du groupe sanguin du sujet ;

6° Les syphilitiques du groupe sanguin AB ont tendance à passer à la période « non obligatoire » de la syphilis, c'est-à-dire aux périodes tertiaire et quaternaire.

Olga Eliascheff.

Tuberculose cutanée ou syphilis ? (Hauttuberculose oder Syphilis ?), par S. Sladkowitsch. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 2, mai 1932, p. 98, 4 fig.

L'auteur s'élève contre les critères morphologiques comme seule méthode pour le diagnostic différentiel. Les difficultés de juger d'après la morphologie des lésions sont les plus nettes quand il s'agit de faire le diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose cutanée et spécialement dans leurs formes papuleuse, papulo-ulcéreuse, verruqueuse et gommeuse. Le diagnostic de ces cas devient encore plus difficile et compliqué par l'utilisation irrationnelle d'autres méthodes (bactériologique, histologique, sérologique, biologique, etc.) lesquelles n'ont dans ces cas qu'une valeur relative. Il semble que, pour élucider ces cas, il faut conseiller comme méthode simple, pratique et sûre

celle d'*ex juvantibus* sous forme d'un traitement d'épreuve antisyphilitique. L'auteur conseille comme traitement d'épreuve l'iodure de potassium, la mixture de Biette combinés avec l'application locale de pommades et emplâtre de mercure. Ces méthodes de traitement sont préférables aux cures Bi-Salvarsan surtout au début du traitement ; car ces dernières n'agissent pas comme des traitements spécifiques.

Il faut déconseiller l'héliothérapie ou le traitement par la tuberculine pour démontrer la nature tuberculeuse de l'affection dans ces cas, car ces traitements ne sont pas spécifiques et ces méthodes peuvent seulement rendre le diagnostic plus difficile.

Il faut reviser les soi-disant « sarcoïdes » et attirer plus l'attention sur l'origine syphilitique de ces formes. Les cas de vraies combinaisons de lésions cutanées syphilitiques et tuberculeuses, c'est-à-dire les lésions mixtes, sont excessivement rares et la dénomination de ces formes mixtes comme hybrides n'a pas sa raison d'être.

Olga Eliascheff.

Sur le myxœdème atypique (Ueber atypisches Myxœdem), par W. L. L. Carol. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 2, mai 1932, p. 127, 5 fig.

L'auteur décrit un cas de myxœdème atypique chez une femme de 35 ans. Il conclut qu'il existe à côté de la forme typique diffuse une forme atypique tubéreuse soit plane, papuleuse ou noueuse. On rencontre la forme atypique aussi bien dans les cas avec hyper- qu'avec hypofonction thyroïdienne ; il existe même, aux jambes, le myxœdème circonscrit symétrique avec hyper- et hypofonction de la glande, c'est pourquoi il ne faut pas distinguer comme une forme clinique spéciale le myxœdème circonscrit symétrique basedowien. Le myxœdème tubéreux typique est très probablement dû à une hypofonction relative locale chez des sujets atteints de troubles de la fonction thyroïdienne, hypofonction produite sur la peau par le froid.

La thérapeutique du myxœdème tubéreux atypique ne dépend pas du tableau clinique du myxœdème, mais de la fonction thyroïdienne. S'il existe une hypofonction, il faut administrer des préparations thyroïdiennes soit *per os*, soit en injections ou faire la greffe. Dans les cas d'une hyperfonction, il faut avoir recours à l'opération. Dans son cas, l'auteur a obtenu un bon résultat par l'application locale de la chaleur (pendant 2 heures tous les jours à 40°).

Des recherches histochimiques et chimiques doivent encore être faites.

Olga Eliascheff.

Le Gérant : F. Amirault.

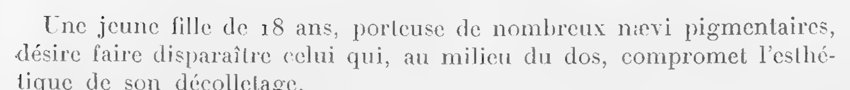
LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

(Clinique dermatologique universitaire de Genève).
Directeur Prof. Dr Ch. Du Bois.

NÆVUS SAILLANT ET PIGMENTÉ A CELLULES GÉANTES

Par Charles DU BOIS.



Une jeune fille de 18 ans, porteuse de nombreux nævi pigmentaires, désire faire disparaître celui qui, au milieu du dos, compromet l'esthétique de son décolletage.

C'est un « grain de beauté » plus petit qu'un grain de café, régulièrement hémisphérique avec des limites très nettes et une surface tendue d'un noir de jais. Il paraît collé sur la peau sans réaction inflammatoire de voisinage, mais la palpation, absolument indolore, fait constater une infiltration sous-jacente de même consistance, ligneuse et élastique. Il a toujours existé et grossit quelque peu avec les années, mais sans provoquer la moindre gêne (Pl. I, fig. 1).

La similitude d'apparence entre cette lésion et celle dont nous avons publié l'étude histologique en 1914 (1), nous a fait conseiller l'excision au bistouri, surtout en vue d'un examen anatomique de contrôle. Le résultat fut doublement heureux, la cicatrice linéaire est à peine visible et la pièce présente des particularités tout à fait inattendues.

A l'inverse de ce qui existait dans l'autre cas, l'épiderme aminci, avec des bourgeons interpapillaires de longueur exagérée, ne participe à la malformation que par l'exagération de sa fonction pigmentaire. Il coiffe la lésion d'une couche de revêtement régulière, sans aucune déviation ni formation atypique. Sa basale est intacte dans toute la série des coupes et les cellules de Langerhans, auxquelles B. Bloch et Masson attribuent une grande valeur histogénique dans la formation des nævi, sont exceptionnellement rares.

La lésion est dermique, constituée par une infiltration dense de cellules épithélioïdes parsemées d'innombrables cellules géantes à tous les stades de développement, fréquemment groupées en amas au sommet des papilles (Pl. I, fig. 2, 3). Cette infiltration limitée par les contours de la tumeur ne diffuse pas dans le derme environnant, mais s'étend en profondeur comme un cône renversé entre les fibres conjonctives jusqu'à l'hypoderme.

Les éléments cellulaires d'infiltration sont tous du même type, à gros noyau basophile et cytoplasme clair, un peu granuleux. Leur aspect épithélioïde est plus net en profondeur qu'en surface où la pression

(1) Du Bois. Etude histologique d'un lentigo (*Rev. fr. de Derm. et de Syph.* juillet 1914).

modifie leurs contours et favorise leur agglomération en syncytium. Leur origine conjonctive est certaine, on voit parfaitement l'hypertrophie des fibroblastes et leur transformation en cellules libres, véritables histiocytes, produit d'une hyperactivité réticulo-endothéliale, participant presque tous à l'édification des plasmodes qui caractérisent la lésion (Pl. II, fig. 1, 2).

Deux processus conduisent à la formation de ces cellules géantes mésenchymateuses du type langhansien. L'un par hypertrophie d'un seul élément capable de prendre des proportions gigantesques avec segmentation presque indéfinie de son noyau ; l'autre par conglobation et fusion de plusieurs éléments à noyaux multiples (Pl. III, fig. 1, 2, 3). La prolifération nucléaire par simple bourgeonnement que Weigert, Herxheimer, Roth et d'autres ont signalée est ici de règle ; très manifeste dans plusieurs préparations, elle est particulièrement démonstrative dans la couronne de la plasmode gigantesque dont les deux grains noirs représentent des noyaux en formation (Pl. III, fig. 2).

Cette profusion inusitée de cellules géantes favorise naturellement l'étude de leur structure et de leur activité. Elle démontre, entre autre, combien est illusoire la distinction que l'on fait entre un type à noyaux centraux (myéloplaxes) et un type à noyaux marginaux (conditionné par la loi des attractions de Heidenhain) puisque dans une série, suivant le plan des coupes, un seul et même élément se présente successivement sous ces deux aspects (Pl. IV, fig. 1, 2). Dans une plasmode adulte, l'amas nucléaire s'organise en sphérule creuse, en morula, les coupes tangentielles à l'amas donnent les images à noyaux centraux, les coupes médianes celles à noyaux en couronne plus ou moins marginale suivant le niveau de la section (Pl. IV, fig. 3, schéma).

Le groupement des plasmodes au sommet des papilles est conditionné par leur fonction phagocytaire, elles y sont chargées de granulations pigmentaires (Pl. V, fig. 1, 2).

La répartition du pigment, facile à démontrer dans des coupes non colorées, n'est anormale ici qu'en certaines plages des cellules épidermiques basales dont le cytoplasme est littéralement farci de mélanine. Ce produit d'oxydation d'une substance mélanogène incolore bien étudiée par B. Bloch, s'élimine par deux voies opposées. L'une suit l'ascension normale des cellules épidermiques, quelques-unes d'entre elles conservent leurs granulations jusqu'au *stratum corneum* ; elles disparaissent avec l'exfoliation. L'autre déverse des granulations libres dans le plasma sous-épidermique où elles sont phagocytées par des éléments de la lignée histiocytaire pris à tort pour des chromatophores. Dans ce cas, ce sont les cellules géantes qui jouent ce rôle, dans l'autre, c'étaient des histiocytes, mais dans les deux, cette activité reste également limitée à la couche superficielle du chorion. Dès que l'on dépasse en profondeur une certaine limite, on ne voit plus trace de ces granulations noires, libres ou phagocytées, très apparentes dans les coupes incolores. Cette disparition ne s'explique, à notre avis, que par un retour à

l'état de substance mélanogène incolore sous l'influence de ferments intra-histiocytaires agissant à l'inverse des ferments épidermiques.

La pathogénie des nævi est encore bien obscure et les hypothèses émises sont loin de s'adapter à tous les faits.

L'hyperpigmentation continuellement entretenue dans un point limité, traduit une réaction de défense contre une irritation locale continue que seul un trouble congénital de l'innervation peut réaliser. Il en est de même pour les proliférations cellulaires, épidermiques, mésodermiques ou mixtes toujours renouvelées dans les masses næviques, seule une altération congénitale de l'influx nerveux régulateur peut les expliquer. Cette altération dépend-elle de lésions anatomiques ? Nous n'avons pas su trouver les névromes dont parle Masson, et quant à l'abondance invraisemblable des cellules géantes dans le second cas, elle reste pour nous une curiosité inexplicable.

Les constitutions anatomiques de ces deux cas diffèrent tellement de celle des nævi pigmentaires saillants classiques que l'on peut hésiter à les en rapprocher. Celle du premier l'apparente aux formations papillomateuses, celle du second aux formations xanthomateuses et lipoïdiques; néanmoins leur origine congénitale, leur bénignité, leur symptomatologie clinique en font des nævi, mais de types spéciaux n'ayant rien de commun avec le « nævus bleu » de Jadassohn et sans équivalents dans la littérature, à notre connaissance du moins.

En admettant qu'une altération nerveuse congénitale puisse troubler tantôt l'un, tantôt l'autre feuillet embryonnaire ou les deux à la fois, nos cas représenteraient des types extrêmes et les nævi cellulaires classiques des types intermédiaires à prédominance cellulaire correspondant au feuillet le plus touché. L'hypothèse de l'origine mixte des cellules næviques nous paraît plus séduisante que celle d'une transformation métaplasique des cellules épidermiques en cellules mésodermiques (Masson) (pl. VI, trois types de nævi pigmentaires saillants).

Dans les malformations cutanées l'intrication des réactions tissulaires conduit généralement à des formations anatomiques si complexes qu'il est souvent difficile d'en démêler la structure. La connaissance et l'étude des types les plus simples peuvent apporter des éclaircissements ; il ne faut jamais négliger l'examen microscopique d'un nævus à détruire.

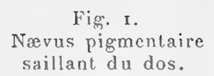


Fig. 1.
Nævus pigmentaire
saillant du dos.



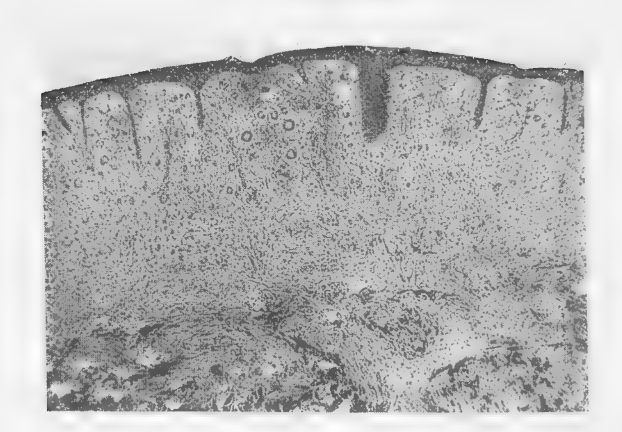


Fig. 2. — Topographie générale de la lésion. Obj. 2. Ocul. 2.

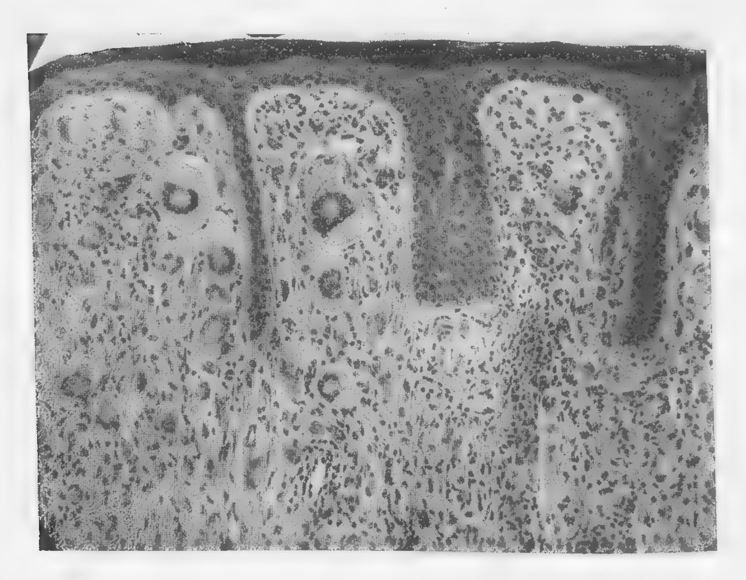


Fig. 3. — Groupement des plasmodes. Obj. 4. Ocul. 2.

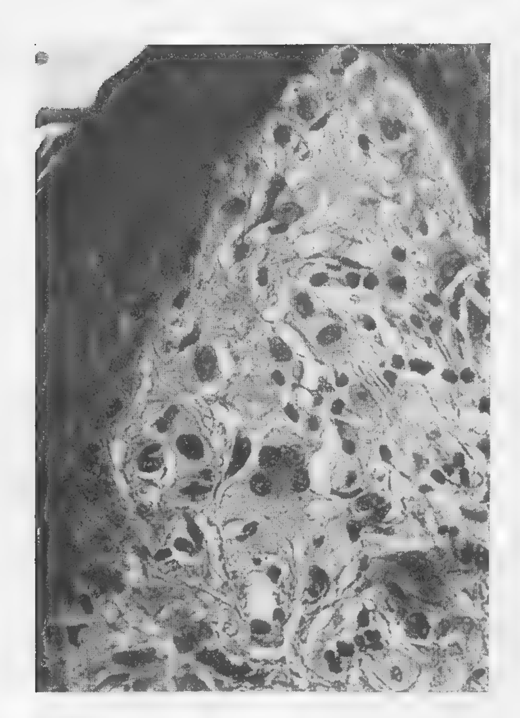


Fig. 1. — Histiocytes de surface. Syncytium. Obj. 6. Ocul. 2.

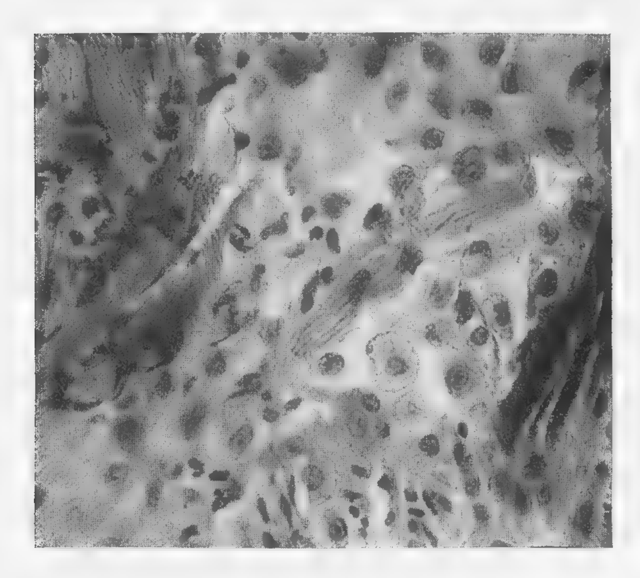


Fig. 2. — Histiocytes de profondeur, fibroblaste, hypertrophie. Obj. 6. Ocul. 2.



Fig. 1. — Formation d'une plasmode à partir d'un seul élément. Obj. 6. Ocul. 2.



Fig. 2. — Plasmode gigantesque, prolifération nucléaire par bourgeonnement. Obj. 6. Ocul 2 (agrandie).



Fig. 3. — Formation d'une plasmode par conglobation. Obj. 6. Ocul. 2.

Planche IV

Fig. 1 et 2. — Coupes sériées
montrant les deux aspects d'une même plasmode. Obj. 4. Ocul. 2.

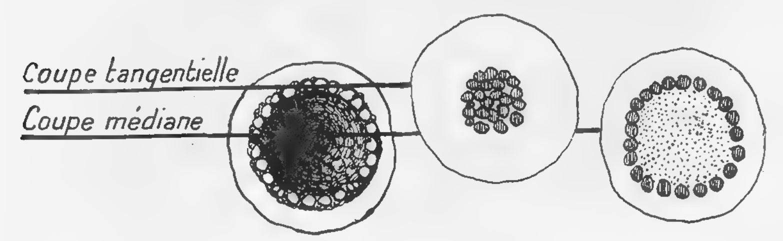


Fig. 3. — Schéma expliquant l'origine des deux aspects.

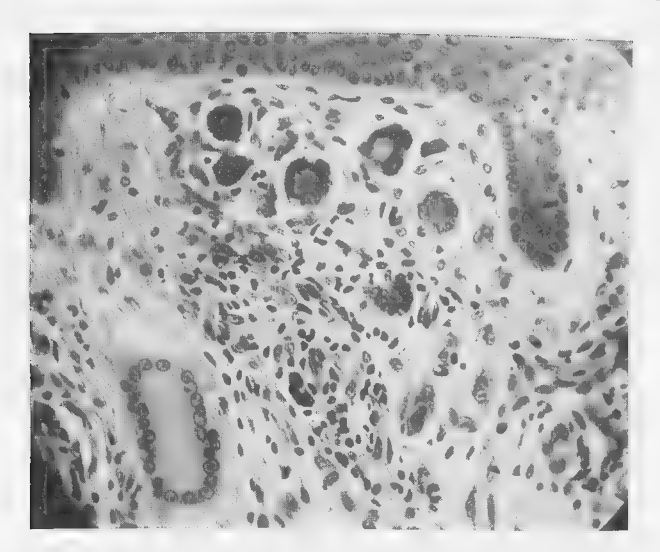


Fig. 1. — Plasmodes chargées de mélanine. Obj. 4. Ocul. 2.

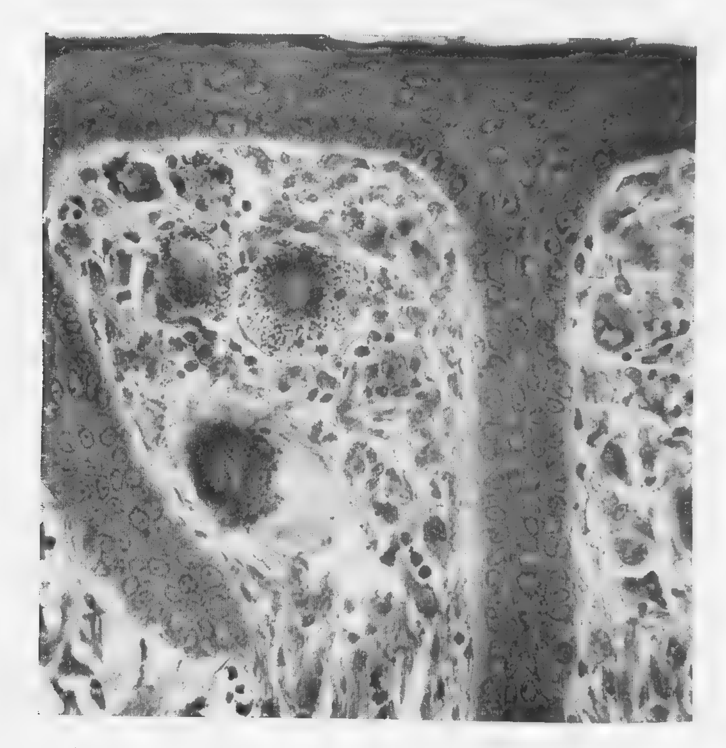


Fig. 2. — La phagocytose des granulations. Obj. 6. Ocul. 2.

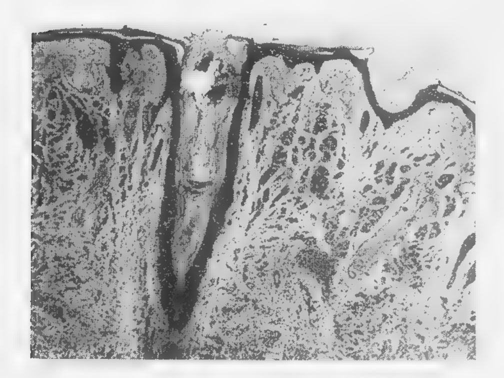


Fig. 1. — Nævus cellulaire classique.



Fig. 2 — Nævus épidermique.



Fig. 3. — Nævus mésodermique.

LES CONCEPTIONS MODERNES SUR LA TRANSMISSION HÉRÉDITAIRE DE LA SYPHILIS

Par M. CARLE (de Lyon).

J'ai publié dans ces *Annales*, de 1908 à 1912, quatre articles où était consignée ma pensée sur la syphilis héréditaire, telle que me permettait déjà de l'admettre mon observation clinique, fortifiée plus tard de la double épreuve de l'expérimentation et du temps. Vingt ans après, je voudrais jeter un coup d'œil en arrière, et apprécier, à la lumière des recherches modernes, ce que sont devenues ces conceptions, qui heurtaient à cette époque les notions généralement admises, quelques-unes même sous forme de lois.

Cette appréciation me sera facilitée par la lecture de la récente thèse du docteur Pizzera, ancien interne des hôpitaux de Lyon, rédigée sous la double inspiration du professeur Voron et du docteur Péhu (Sur la contamination syphilitique de l'embryon et du fœtus, *Th. de Lyon*, 1932). Dans ce travail, le docteur Pizzera a réuni tous les travaux récents parus sur ce sujet, avec le rappel des faits, l'exposé des doctrines, et l'étude critique des uns et des autres. En un sujet aussi vaste, je ne peux que présenter une brève mise au point de la question, supposant connues les données du problème, que je me contenterai de rappeler.

I. — La mère d'un nouveau-né syphilitique est-elle toujours syphilitique ?

Oui, avais-je répondu dans mes premiers articles (*Ann. de derm.*, février 1908 et février 1911), opinion qui était d'ailleurs partagée par l'énorme majorité des syphiligraphes. Cette majorité est deve-

nue à peu près unanimité. Depuis 1914, on compte les très rares observations qui paraissent infirmer ce principe. Tout au plus, pourrait-on retenir celles d'Almkvist (*Wiener Klin. Woch.*, 24 juin 1929) et celles de Lévy-Solal et Tzanck (*in thèse de Werth*, Paris, 1930). Affaire d'appréciation, car chacun sait combien il est difficile de nier absolument chez la femme l'existence d'une syphilis antérieure. Cependant elles méritent la discussion, qui était impossible pour quantité d'autres, surtout anciennes, où l'intégrité de la mère était assurée avec trop grande facilité ou une rare imprécision, sur un rapide interrogatoire et le manque d'accidents actuels (voir *Th.*, Mme Monnier, Paris, 1908). L'examen plus serré et les recherches de laboratoire ont réduit ces cas à d'infimes exceptions.

Comme conséquence, j'assurai (*Ann. de Derm.*, avril 1912) que la loi de Colles, exacte dans ses conséquences, était fausse dans son interprétation, et qu'une mère syphilitique, même d'apparence saine, pouvait toujours allaiter sans crainte son nourrisson syphilitique, pour l'excellente raison qu'elle était protégée par sa propre syphilis. Là encore, les statistiques publiées depuis l'ère sérologique ont justifié cette interprétation, aujourd'hui couramment admise. Cependant, quelques exceptions à la loi de Colles sont publiées de temps à autre. Elles sont presque toutes anciennes. Etudiant minutieusement ces observations et exposant les miennes, j'avais cherché à démontrer que ces soi-disant chancres, inoculés sur le sein de la mère saine par le nourrisson syphilitique, étaient souvent des accidents éloignés, suites d'un chancre inaperçu ou méconnu, cas habituel chez la femme.

Et voici que la notion nouvelle des superinfections apporte un appoint intéressant à cette conception. On sait aujourd'hui qu'un organisme syphilisé peut encore réagir à une inoculation par un accident à forme secondaire ou secondo-tertiaire, suivant sa période, que ces accidents peuvent s'accompagner de sérologie positive et même quelquefois d'éruptions généralisées. Or quel meilleur procédé d'inoculation pour une syphilitique, souvent méconnue, que le traumatisme dû à la succion d'un nourrisson, présentant sur sa muqueuse buccale des accidents secondaires? D'autant que, comme le répétait Fournier, la grossesse est souvent pour la femme l'occasion d'une explosion de ces accidents. Je me crois autorisé à cette conclusion bien qu'elle ne soit pas en accord

avec celle du docteur Pizzera. Mais les travaux antérieurs sur la superinfection et les miens propres (Rapport au Congrès de Bruxelles, 1925), semblent me le permettre. Il est très probable que nombre de cas publiés autrefois comme chancres du mamelon étaient des superinfections. C'est une notion nouvelle avec laquelle on devra compter quand on publiera des exceptions à la loi de Colles.

Car il y a quelques exceptions, qui représentent le gros argument des rares auteurs qui combattent l'hérédité maternelle. Mais si l'on fait le triage, le nombre de celles que l'on peut retenir est insignifiant. Matznauer en 1903, Bobrié, dans sa thèse en 1912, ont « épluché » une à une ces observations, et ce dernier n'en trouve pas une seule qui soit acceptable. Pizzera, moins sévère en retient quatre entre 1880 et 1900, plus une en 1910, tout en faisant des réserves. A signaler encore une observation de Gaucher (1916) citée par Pizzera et deux cas de Gougerot résumés dans Clinique et laboratoire (1931).

C'est là un mince bagage, dont le contrôle est bien difficile. Au reste, ces rarissimes exceptions n'entament en rien le caractère général des principes directeurs qui en découlent. Aucun dogme médical n'a de prétentions à l'absolu. Il est vrai, comme on l'a dit, qu'un seul cas incontestable a plus de valeur que 100 cas contestés. Oui, nous admettons fort bien que cette exception, peut-être incontestable, peut tenir une place honorable dans les discussions académiques des Congrès. Mais elle ne peut, en aucune façon, entraver l'application des directives du praticien, lequel, en 1932, a le droit absolu d'autoriser la mère d'un enfant syphilitique à allaiter son enfant, et le devoir, non moins absolu, de traiter cette femme, même si elle ne présente aucun autre symptôme suspect.

II. — La contamination héréditaire de l'enfant par le père

Depuis ma dernière note dans ce journal (avril-septembre 1913), répétée plus tard dans la *Presse Médicale* (24 avril 1920), la polémique a continué, souvent ardente, sur ce sujet, parce qu'elle fût alimentée par des faits nouveaux. J'avais soutenu par des faits personnels la thèse de Matznauer, que l'hérédité paternelle n'existe pas. Tout au moins, disais-je, je ne l'ai jamais constatée, même avec des pères en période secondaire, quand la mère était saine,

(il est entendu qu'il s'agit d'hérédité spirillaire, et non de dystrophies). Tout en reconnaissant que ce mode de transmission est rare, nombre d'auteurs admettent sa possibilité occasionnelle, entre autres Hochsinger (*Wien. Med. Woch.*, 6 mars 1926), Bory (*Soc. Med. Paris*, 25 avril 1925), Golay (*Ann. des Mal. Vén.*, janvier 1928), Amkvist (*loc. cit.*), Werth (*Thèse Paris*, 1930), et aussi Finger, dans plusieurs publications.

Parmi les faits nouveaux, ou plutôt rénovés par de nouvelles recherches, citons la présence de tréponèmes dans le sperme, déjà signalée par Marcel Pinard en 1910, affirmée à nouveau en 1920 dans la thèse de Hoch, inspirée par lui. Le docteur Marcel dans sa thèse (Paris, 1926) déclare cette présence très rare, et ajoute qu'il faut s'armer d'une patience remarquable pour l'y constater. Enfin Bertin et Schullmann (*Presse Méd.*, 30 avril 1930) n'ont jamais pu les rencontrer. En revanche ce tréponème fut souvent retrouvé sur des coupes histologiques (Waldein, Landsteiner, Werth. Voir Hutinel, le *Terrain hérédo-syphilitique*, Paris, 1925). On trouvera également dans la thèse de Marcel des observations cliniques où seule la contagion par le sperme paraît pouvoir être invoquée.

La présence de tréponèmes dans le sperme est-elle un argument péremptoire en faveur de l'hérédité paternelle ? Tel est le point intéressant de la question, et qui demande quelques explications.

Reconnaissons tout d'abord que le sperme est un complexe dans la composition duquel entrent les exsudats de toutes les glandes annexes de l'urèthre, y compris la prostate et les vésicules séminales. Des lésions syphilitiques de ces organes pourraient donc expliquer la présence du tréponème. Comme ces lésions seraient indiscernables, signalons sans insister.

D'autre part, la présence de ce tréponème expliquerait bien la fréquence relative des chancres du vagin et du col utérin, mais nullement l'origine paternelle de l'hérédo-syphilis. Pour admettre cette influence, il faudrait supposer que le tréponème, logé dans le spermatozoïde, pénètre avec lui dans l'ovule. Or deux objections apparaissent : d'abord le tréponème est d'un volume trois ou quatre fois supérieur à celui de la tête du spermatozoïde, et aucun observateur n'a osé affirmer qu'il avait vu l'un dans l'autre. D'autre part serait-il admissible que ce spermatozoïde infecté, infectant l'ovule,

pourrait permettre le libre développement de l'organe délicat du fœtus sans dommages pour ce dernier ? Il faudrait croire que nous avons affaire à un bon vieux tréponème, fatigué, en période de latence, qui ne s'opposerait pas à la germination. Or, comme le dit Pierre Lépine (*Presse Médicale*, 19 août 1931), ce fait serait unique en pathologie générale, et il est bien plus rationnel de croire que les rares périodes d'apparition du tréponème dans le sperme correspondent à des phases virulentes de la maladie.

La même objection subsiste contre l'argument de Lévy-Solal (*loc. cit.*), qui suppose la pénétration côte à côte, pour ainsi dire du spermatozoïde et du tréponème, l'un faisant la voie à l'autre pour aboutir à une syphilis ovulaire. Elle existe encore contre l'hypothèse tout à fait incontrolable de Hochsinger (*Wien. Med. Woch.*, 6 mars 1926) qui croit à la pénétration du tréponème sous une forme granulaire, ultra-microscopique, avec développement normal consécutif. Il n'est pas besoin de faire ressortir, en attendant d'autres recherches, le caractère ultra-hypothétique de cette conception.

Mieux vaut croire, me semble-t-il, que le tréponème, quelquefois présent dans le sperme, peut infecter un point quelconque de l'appareil génital maternel, en même temps que le spermatozoïde féconde l'ovule. Dès lors cette mère contaminée transmettra au fœtus par la voie hématogène habituelle, sa maladie, qui se manifestera ensuite chez le fœtus ou chez le nouveau-né par les symptômes classiques. Toutes les apparences pourront faire croire à une syphilis conceptionnelle d'origine paternelle, alors qu'il s'agit d'une syphilis des deux conjoints, transmise de l'un à l'autre, et de la mère à l'enfant, par les procédés les plus rigoureusement normaux.

Et s'il était besoin d'un argument de plus, du *consensus omnium*, je ferais état de l'enquête instituée par le docteur Péhu, l'an passé auprès des maîtres pédiatres, accoucheurs et syphiligraphes d'Europe, Etats-Unis et Afrique du Nord. Sur 25 réponses reçues par lui, l'une ne prend pas parti, deux admettent la possibilité, rare, de la transmission paternelle, les 22 autres se prononcent sans restriction pour l'influence unique de la mère dans la transmission héréditaire de la syphilis.

III. — La syphilis conceptionnelle

Alors, en tout cela, que devient cette notion ?

De toutes les « lois » d'autrefois, celle-ci est la plus malmenée par les modernes expérimentateurs, même par ceux qui, de Kassowitz à Hochsinger, admettaient l'hérédité paternelle. Je ne veux pas répéter une fois de plus les arguments accumulés depuis trente ans par l'école de Matznauer et par moi-même, contre cette conception. Avant Pizzera, ils avaient été réunis dans la thèse de Dayras (Paris, 1925), qui avait fait ressortir combien il était illogique de baser une théorie aussi audacieuse sur l'apparente absence du chancre chez la femme. En feuilletant la littérature médicale, Finger arrive à trouver une observation qu'il croit recevable, celle de Jesionek (*Handbuch der Geschlechtkrank.*, t. III, 1926). En 1932, nous avons le droit de conclure, avec Pizzera, que la syphilis conceptionnelle a disparu depuis les recherches sérologiques, et, avec Rietschel (*Handbuch der Haut und Geschlecht.*, Bd. XIX, Berlin, 1926), que cette notion n'a plus qu'un intérêt historique.

IV. — Lois de Colles et de Profeta

Je rappelle, après beaucoup d'autres, que Colles n'a jamais eu l'intention de donner à ses modestes observations le caractère d'une loi, et que celle-ci a été créée de toutes pièces par Diday. J'ai suffisamment rappelé, au début de cet article, les travaux modernes et indiqué la tendance actuelle pour ne pas avoir à y revenir.

Pas davantage, Profeta n'a eu l'intention de promulguer une loi en assurant, au cours de son mémoire de 1865, que l'enfant d'une syphilitique ne courrait aucun danger d'infection par la suite, ni d'elle-même ni d'autres. « Plus tard, dit-il, il lui est possible d'être atteint lorsque, après l'accroissement du corps, l'organisme se renouvelle ». Mais, à aucun moment, il ne parle du mécanisme de cette protection.

On a cherché à expliquer ce fait par une mystérieuse immunité (Kassowitz) due à des passages d'anticorps (Fisch) ou de toxines (Finger). J'ai toujours soutenu, pour ma part, que l'enfant né d'une mère syphilitique est habituellement syphilitique lui-même,

malgré ses apparences de santé, ce qui est la meilleure raison de son immunité. Mais une mère anciennement syphilitique et bien traitée peut fort bien donner le jour à un enfant bien portant, qui prendra plus tard la syphilis par ses propres moyens. D'où les nombreuses exceptions à la loi de Profeta (Carle, *Journ. de Méd. de Lyon*, 5 mars 1923).

Sur ce point encore, les recherches sérologiques ont apporté la plus éclatante confirmation à cette interprétation, comme on peut déjà le vérifier dans la thèse de Mlle Sabin (Paris, 1913). Plus récemment, dans une thèse sur ce sujet (Bonn, 1929), inspirée par le professeur Hoffmann, Mlle Rosenthal aboutit aux mêmes conclusions, plus précises encore, puisqu'elle dit nettement que la loi de Profeta est fausse et doit être abandonnée. Conclusion juste si l'on vise l'ancienne interprétation de cette pseudo-loi, mais qui ne doit pas faire oublier la portée pratique qui ressort du texte de Profeta.

LA RÉACTION DE MEINICKE DANS LA SYPHILIS EXPÉRIMENTALE DU LAPIN

Par P. GASTINEL, R. PULVENIS et L. GALLERAND.

Au cours de nos travaux sur la syphilis expérimentale du lapin, nous avons pratiqué des études systématiques sur leurs réactions sérologiques. Au début, nous avons concurremment employé la réaction d'opacification de Meinicke, celle de Hecht et de Bordet-Wassermann.

Ainsi que de nombreux auteurs l'ont constaté, nous avons été frappés dans ces recherches préliminaires, par l'existence chez des animaux neufs, de réactions de Hecht et de Wassermann positives. D'autre part, leur infidélité et leurs réponses contradictoires chez des animaux syphilitiques apparaissent assez fréquentes.

Délibérément, nous ne nous sommes pas occupés de préciser la valeur chez le lapin syphilitique de la réaction de fixation, bien que le discrédit que certains auteurs lui aient attribué dans la syphilis expérimentale ne soit pas complètement justifié, ainsi qu'en témoignent les travaux récents de Matsumoto (1). Cet auteur considère en effet que cette technique, faite dans certaines conditions, conserve une valeur très réelle puisqu'il n'aurait trouvé la réaction de fixation spontanément positive que dans un très faible pourcentage (1 sur 456 cas).

De même, dans un travail récent, Thomsen et Christiansen (2), employant une technique spéciale, estiment aussi que la réaction de Wassermann offre une régularité beaucoup plus grande qu'on ne le dit généralement.

(1) Matsumoto. Experimental syphilis and Framboesia, etc... *Monographiae Actorum Dermatologicorum*, Kyoto, 1930.

(2) Thomsen u. Christiansen. Das Verhalten der Wassermann Reaktion bei experimentell-syphilitischen Kaninchen. *Zeitschr. f. Immunitätsf.*, 1930-1931, p. 31.

Quoi qu'il en soit de ce point de vue que nous avons éliminé, nous n'apportons ici qu'une contribution à l'étude de la réaction d'opacification de Meinicke.

A. — RECHERCHES FAITES SUR DES ANIMAUX INOCULÉS AVEC DES SOUCHES ADAPTÉES DEPUIS LONGTEMPS A L'ORGANISME DU LAPIN

Tous nos lapins en expérience ont été inoculés soit avec la souche Truffi, soit avec une souche provenant, par l'aimable intermédiaire du docteur Photinos, du laboratoire du professeur Hoffmann, et isolée de l'homme en 1925. Les résultats obtenus sont superposables avec l'une ou l'autre de ces deux souches.

Envisageons d'abord ceux observés sur des animaux primo-inoculés par voie scrotale et présentant un chancre. Notre statistique porte sur 74 lapins offrant tous, à l'exception de 3 d'entre eux, des lésions les plus caractérisées, mais d'intensité et de durée variables.

Disons tout de suite que 69 de ces animaux ont eu une réaction de Meinicke positive, et que jusqu'à un certain point, on peut expliquer les raisons pour lesquelles elle fut négative dans les 5 autres cas. Aussi confirmons-nous la fidélité de la méthode de Meinicke comme l'ont déjà fait Muttermilch et Nicolau (1) et tout récemment encore Photinos (2).

I. — *Réaction de Meinicke chez les animaux primo-inoculés.*

a) *Moment d'apparition.* — La date moyenne d'apparition de la réaction d'opacification est vers le 30e jour, mais on comprend combien il est difficile d'apporter une précision à cet égard. La survenue la plus rapide observée dans notre statistique a été le 16e et le 19e jour après l'insertion virulente.

Dans ces cas, la précocité de cette réaction s'est manifestée de la

(1) MUTTERMILCH et NICOLAU. Séro-diagnostic de la syphilis expérimentale du lapin. *C. R. Soc. Biol.*, Paris, 1925, XCIII, 1497.

(2) P B. PHOTINOS. Serologische Untersuchungen bei gesunden und syphilitischen Kaninchen. *Dermat. Ztschr* , 1931, Bd LXI, 400.

Tableau I. — *Moment d'apparition de la Réaction de Meinicke.*

Lapins	Souche	Voie, inoculation	Intervalle, inoculation et Meinicke	Résultat Meinicke	Observations au moment de la sérologie	Lésion clinique définitive
* 3	H	sous-scrot.	16 jours	+	Fragment adhérent. Réaction périfocale	Gros chancre
* B 8	H	»	19 »	+	»	»
* 22	H	»	19 »	+	»	»
10	T	»	19 »	+	Début chancre	Chancre
7	H	»	19 »	—	Adhérence des fragments	»
			30 »	+	Début chancre	»
17	H	intratestic.	27 »	+	Début orchite	Orchite
18	H	»	27 »	+	»	»
19	H	»	27 »	+	»	»
20	H	»	27 »	+	»	»
A 71	H	sous-scrot.	28 »	+	Chancre	Chancre
33	H	»	30 »	+	»	»
39	H	intratestic.	30 »	+	Orchite	Orchite
A 62	T	»	30 »	+	Aucune lésion clinique nette	»
A 60	T	»	31 »	+	»	»
A 61	T	»	31 »	+	»	»
A 76	H	sous-scrot.	31 »	+	Gros chancre évolutif	Chancre
A 77	H	»	31 »	+	Chancre	»
A 78	H	»	31 »	+	»	»
A 38	H	»	33 »	+	»	»
30	H	»	34 »	+	»	»
25	H	»	36 »	+	»	»
26	H	»	36 »	+	»	»
27	H	s.-cutanée (dos)	36 »	+	Fragment résorbé	o
8	H	sous-scrot.	23 »	—	Début chancre	Chancre
			37 »	+	Chancre net	»
			58 »	+	Gros chancre	»
29	H	»	23 »	—	Début chancre	»
			37 »	+	Gros chancre	»
A 43	T	»	29 »	—	Début chancre	»
			37 »	+	Chancre net	»
A 42	T	»	33 »	—	Très petit chancre	»
			41 »	—	»	»
			62 »	+	»	»
⊙ A 64	T	intratestic.	32 »	—	Aucune lésion clinique	Orchite légère
			52 »	+	Très petit noyau orchitique	»
14	H	»	27 »	—	Aucune lésion clinique	»
			35 »	+	Orchite	Orchite
15	H	»	27 »	—	Aucune lésion clinique	»
			35 »	+	Début orchite	»
16	H	»	27 »	—	Œdème	»
			35 »	+	Noyau orchitique très net	»
B 22	H	»	27 »	—	Petit noyau diffus sous la tête de l'épididyme	»
			35 »	+	Orchite	»

T = souche Truffi ; H = souche provenant du laboratoire du Pr Hoffmann.
* A remarquer l'intensité des lésions.
⊙ Lapin inoculé avec une dose infime d'émulsion virulente.

façon la plus nette puisqu'elle a précédé d'une dizaine de jours la lésion typique. Sans doute, si les réactions avaient été systématiquement effectuées entre le 15e et le 25e jour, aurait-on trouvé davantage de réactions précoces.

Nous avons pratiqué assez régulièrement les prises de sang pour la première fois entre le 25e et le 40e jour, et souvent, la réaction d'abord négative, devenait positive une huitaine de jours après. Il apparaît donc que la moyenne de 30 jours peut être acceptée, mais ce chiffre n'a qu'une valeur relative.

Il ressort manifestement de l'ensemble de nos observations qu'il y a un parallélisme entre la survenue de la réaction sérologique et le début du chancre expérimental, exception faite des cas, d'ailleurs assez rares, où la sérologie précède le chancre. Donc, à une incubation courte répond généralement un Meinicke précoce, et à une incubation lente une réaction tardive.

Il apparaît, d'autre part, qu'il y a, en ce qui concerne le début de la réaction, un rapport assez étroit entre son intensité et celle des lésions cliniques. En effet, les syphilomes rapidement volumineux s'accompagnent d'une manifestation humorale intense, tandis que des chancres de développement atténué ne provoquent que plus tardivement, et souvent même à un moindre degré, la réaction d'opacification *(tableau 1)*.

b) *Durée de la réaction.* — La réaction persiste au moins tant que dure la lésion syphilitique scrotale, mais très habituellement elle la dépasse de beaucoup, et nous l'avons trouvée encore positive du 76e au 280e jour après l'inoculation.

Au delà de ces délais, Photinos (1) a observé le caractère toujours négatif de la réaction humorale chez des lapins dont les chancres avaient disparu depuis 9 à 12 mois.

Dans quelques cas, en effectuant en série l'examen du sérum, on peut même saisir les échelons régressifs de la réaction qui, en quelques jours, en font complètement virer le sens.

Devenue négative, elle peut même offrir une nouvelle phase de positivité si l'animal présente des métastases.

Enfin, une récidive locale après biopsie est un des facteurs qu'il faut retenir pour expliquer, dans certains cas, la très longue durée des réactions sérologiques *(tableau 2)*.

(1) Photinos, *loc. cit.*

TABLEAU 2. — *Durée de la réaction de Meinicke.*

Lapins	Souche	Voie inoculation	Lésion clinique	Intervalle inoculation et Meinicke	Résultat Meinicke	Observations
A 42	T	sous-scrot.	chancre	33 jours	—	Très petit chancre.
				41 »	—	Apparition tardive du Meinicke. Courte durée
				62 »	+	
				76 »	—	
A 40	T	»	»	28 »	—	Début chancre
				58 »	+	Chancre net
				87 »	+	Chancre rétrocède
				110 »	—	Lésions disparues
A 77	H	»	»	31 »	+	Chancre
				80 »	—	Lésion disparue
A 47	H	»	»	46 »	+	Chancre
				96 »	—	Lésion disparue
A 8	T	»	»	110 »	+	La lésion biopsiée avait continué à évoluer
				140 »	+	
				177 »	—	Lésion disparue
A 10	H	»	»	100 »	+	
				134 »	+	Orchite métastatique côté opposé
				170 »	±	Lésions disparues
A 23	T	»	»	52 »	+	Orchite métastatique du côté opposé entre la 2e et la 3e sérologie.
				86 »	+	
				123 »	+	Syphilome de récidive entre la 3e et la 4e sérologie, persistant au moment de la 5e sérologie
				153 »	+	
				177 »	+	
				259 »	—	
A 3	T	»	»	68 »	+	Lésion évolutive
				105 »	—	Lésion disparue
A 31	H	»	»	55 »	+	Lésion en régression
				73 »	—	Lésion disparue
2	H	»	»	75 »	+	Lésion en régression
				90 »	—	Lésion presque entièrement disparue
A 60	T	intratestic.	orchite	31 »	+	Aucune lésion clinique
				127 »	+	Orchite
				141 »	—	Orchite persiste
A 61	T	»	»	31 »	+	Aucune lésion clinique
				127 »	+	Orchite
				141 »	+	Orchite de métastase
A 64	T	»	»	30 »	—	Aucune lésion clinique
				52 »	+	Très petit noyau épididymaire
				125 »	+	Orchite
				150 »	+	Métastase orchitique côté opposé
30	H	sous-scrot.	chancre	15 »	—	Aucune lésion clinique
				55 »	+	Chancre
				190 »	+	Métastase orchitique du côté opposé
				280 »	+	
4	H	»	»	75 »	+	Gros chancre
				179 »	+	Lésion disparue depuis 2 mois 1/2.

Sur les 74 animaux primo-inoculés que nous avons étudiés, 5 seulement nous ont offert des réactions négatives à plusieurs reprises. Deux d'entre eux, quoique présentant encore des chancres très étendus, avaient des Meinicke négatifs, mais la recherche n'en a été faite qu'après le 100e jour. Il faut donc retenir que la réaction humorale peut disparaître avant les lésions cliniques. Nous insistons sur ce fait mis également en évidence par Muttermilch et Nicolau.

Dans le tableau 3 qui concerne les réactions de Meinicke chez les animaux primo-infectés, en dehors de toute considération sur le début de la réaction ou sa durée, on trouvera mentionnés les 5 cas où la réaction sérologique a été défaillante.

TABLEAU 3. — *La réaction de Meinicke dans la primo-infection.*

Lapins	Souche	Voie inoculation	Lésion	Intervalle inoculation et Meinicke	Résultat Meinicke	Observations cliniques au moment de la sérologie
24	H	sous-scrot.	chancre	40 jours	+	Gros chancre
				75 »	+	Lésion en pleine évolution
A 44	H	»	»	43 »	+	»
A 48	H	»	»	46 »	+	»
A 49	H	»	nodosité	46 »	—	Petite nodosité avec érosion. Tréponèmes +++
A 50	H	»	chancre	46 »	+	Lésion évolutive
A 55	T	»	?	29 »	—	Erosion.
				35 »	—	
				47 »	—	
A 56	T	»	?	29 »	—	Erosions multiples. Ultra négatif
				35 »	—	
				47 »	—	
25	T	»	nodule	54 »	+	Nodule disparu depuis 10 jours
B 27	T	»	chancre	54 »	+	Syphilome non ulcéré
28	T	»	»	54 »	+	»
29	H	»	»	34 »	—	
				58 »	+	Chancre
46	H	»	»	67 »	+	»
1	H	»	»	75 »	+	Lésion évolutive
5	H	»	»	75 »	+	»

Les animaux figurant sur les autres tableaux ne sont pas reportés ici.

Tableau 3 (*suite*). — *La réaction de Meinicke dans la primo-infection.*

Lapins	Souche	Voie inoculation	Lésion	Intervalle inoculation et Meinicke	Résultat Meinicke	Observations cliniques au moment de la sérologie
A 92	H	sous-scrot.	chancre	75 jours	+	Lésion évolutive
A 96	H	»	»	75 »	+	»
A 97	H	»	»	75 »	+	»
A 98	H	»	»	75 »	+	»
A 99	H	»	»	75 »	+	»
				98 »	+	»
A 84	T	»	»	80 »	+	»
B 86	T	»	»	80 »	+	»
9	H	»	»	20 »	—	Adhérence du fragment
				31 »	—	»
				85 »	+	Très petit chancre
11	T	»	»	20 »	—	Adhérence du fragment
				31 »	—	»
				85 »	+	Petit chancre
12	T	»	»	20 »	—	Adhérence du fragment
				31 »	—	Petit nodule
				85 »	+	Syphilome non ulcéré
23	H	»	»	42 »	—	
				75 »	—	
				99 »	+	Syphilome d'apparition tardive
A 72	T	»	»	30 »	—	Aucune lésion clinique
				110 »	+	Chancre persistant
420	H	»	»	110 »	—	Très gros chancres bilatéraux
77	T	»	»	112 »	+	Chancre en voie de rétrocession
A 95	H	»	»	74 »	—	Le fragment inséré (ganglion) commence à peine à évoluer
				96 »	—	Syphilome noisette
				117 »	+	Chancre exulcéré
P 436	T	»	»	240 »	—	Gros syphilomes bilatéraux persistants

Les animaux figurant sur les autres tableaux ne sont pas reportés ici.

II. — *Réaction de Meinicke et superinfection.*

Lorsque chez un lapin, dont la lésion de primo-inoculation a disparu, et dont la réaction de Meinicke est devenue négative, une deuxième insertion virulente est pratiquée, on n'observe généralement aucune réponse clinique, l'animal se trouvant dans les délais où il a acquis un état réfractaire (*immunité-chancre*).

La réaction de Meinicke, dans ces cas, demeure le plus habituellement négative.

Il est cependant possible de noter sa réapparition dans des délais normaux, soit une trentaine de jours après la réinoculation, ce qui pose alors le problème d'une *superinfection asymptomatique.*

Si enfin le lapin est réinoculé, non plus avec une souche homologue, mais avec une souche hétérologue, on peut constater la nouvelle survenue d'un chancre accompagné d'une réaction sérologique positive *(tableau 4).*

Tableau 4. — *Quelques exemples de la réaction de Meinicke dans la superinfection.*

Lapin	Souche	Lésion d'inocul.	Intervalle inoc. sérologie	Résultat sérologie	Intervalle inoc. réinoc.	Résultat clinique	Meinicke après la réinoc.
A 3	T	chancre	68 jours	+	113 jours	—	—
		scrotal	105 »	—			
A 31	H	»	55 »	+			
			73 »	—	73 »	—	—
A 58	H	»	78 »	—	148 »	—	—
			33 »	—			
A 42	T	»	41 »	—			
			62 »	+			
			76 »	—	156 »	—	+
			28 »	—			
A 40	T	»	58 »	+			
			87 »	+			
			110 »	—	110 »	—	+
			110 »	+	181 »	—	—
* A 80	H	»	140 »	+			
			177 »	—	234 »	+	+
A 23	T	»	177 »	+			
			259 »	—	260 »	—	—

* Noter la 2e réinoculation en *hétérologue* (T) au 234e jour.

III. — *Réaction de Meinicke chez les animaux réinoculés après traitement.*

A des lapins ayant présenté un chancre scrotal, nous avons fait subir un traitement au néo-salvarsan pratiqué selon la technique suivante : 6 injections intraveineuses à la dose de 4 centigrammes par kilogramme de poids corporel, à un intervalle de 6 jours. Les animaux ont été traités du 28ᵉ au 260ᵉ jour de leur infection. Vérification a été faite qu'après les injections arsenicales, la réaction de Meinicke, antérieurement positive, devenait négative, confirmant ainsi à notre tour le résultat bien connu de ce traitement sur les réactions sérologiques. Après 3 semaines d'attente, pour que toute action empêchante du salvarsan ne puisse être incriminée, 25 animaux ainsi préparés furent réinoculés par voie scrotale.

Nous décrirons ailleurs les modalités cliniques de ces réinoculations envisagées au point de vue de l'immunité générale et de l'immunité locale.

D'une façon globale, 20 lapins ont réagi à la réinoculation par la constitution d'une lésion de développement plus ou moins accusé. Pratiquant la recherche de la réaction de Meinicke dans des délais variant du 28ᵉ au 85ᵉ jour de la réinoculation, nous avons été frappés de la fréquence des réactions négatives. Chez deux lapins seulement, nous l'avons trouvée positive, encore faut-il noter que l'un d'eux fut réinoculé avec une souche hétérologue *(tableau 5).*

Il y a lieu de remarquer que les réactions de Meinicke, négatives chez ces animaux réinoculés après traitement, coïncidaient avec le caractère souvent atténué des lésions et leur évolution habituellement assez brève. Pour donner toute leur valeur à ces constatations, il eut fallu répéter plus que nous ne l'avons fait, les épreuves sérologiques en série, et, sans doute aurait-on pu saisir des réactions éphémères ; mais il n'en reste pas moins que l'opposition semble marquée entre le type humoral des animaux primo-infectés et de ceux qui subissent un traitement avant d'être réinoculés. Peut-être faut-il tenir compte pour expliquer ces résultats d'apparence assez paradoxale, du caractère limité des lésions obtenues et de la localisation généralement superficielle du chancre de réinoculation.

Tout récemment, Schumacher (1) a insisté sur le siège des manifestations cliniques de la syphilis primaire quant à la survenue de la réaction de Meinicke. Pour cet auteur, les chancres syphilitiques cutanés ne provoquent pas de réaction positive à l'inverse des syphilomes intéressant le testicule.

Différents auteurs également avaient signalé des faits analogues en ce qui concerne la réaction de Wassermann (Adachi, etc...).

Tableau 5. — *Quelques exemples de réaction de Meinicke dans la réinoculation après traitement.*

Lapins	Souche	Lésion d'inoc.	Intervalle inoc. et traitement	Meinicke après traitement	Intervalle fin traitement et réinoc.	Résultat clinique	Meinicke de réinoc.
74	H	chancre scrotal	80 jours	—	28 jours	Pet. chancre	—
					78 »	o	—
A 91	H	»	43 »	—	18 »	Pet. chancres	—
					68 »	o	—
* A 70	T	»	53 »	—	22 »	Chancres	+
A 19	H	»	170 »	—	18 »	Chancre	—
A 28	H	»	44 »	—	18 »	o	—

* A remarquer que la réinoculation après traitement a été faite avec une souche hétérologue (H), ce qui pourrait peut-être expliquer la positivité de la réaction.

IV. — *Meinicke et syphilis inapparente.*

Conformément à de nombreuses constatations antérieures, nous avons observé des animaux qui, à la suite d'inoculations scrotales, ne présentaient aucun symptôme clinique, et qui néanmoins offrirent du 30e au 160e jour une réaction de Meinicke positive, qu'il convient d'attribuer à une syphilis inapparente.

La survenue de ce test humoral prend une importance d'autant

(1) Schumacher. Ueber Serumreaktionen bei der Experimentellen Kaninchensyphilis und deren Abhaengigkeit vom Sitz der Klinischen Erscheinungen. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1932, CLXV, p. 1.

plus grande que l'on peut noter sa modification sous l'influence du traitement. C'est ainsi que des animaux ont offert une atténuation puis une disparition complète de la réaction de Meinicke après thérapeutique par l'arsénobenzol.

B. — RECHERCHES FAITES AVEC UNE SOUCHE DE PROVENANCE HUMAINE, ET NON ADAPTÉE AU LAPIN

Avec une souche isolée de l'homme en 1930, il nous a été impossible d'obtenir des réactions de Meinicke positives chez des lapins qui furent inoculés en partant d'un syphilome de premier passage. Malgré la netteté des lésions obtenues avec tréponèmes à l'ultramicroscope, les réactions, pratiquées même à plusieurs reprises, restèrent négatives.

En même temps cette souche jeune était utilisée pour inoculer des souris ; les organes d'une d'elles furent transplantés sur des lapins, et après ce passage par l'organisme murin nous avons observé la positivité de la réaction de Meinicke chez 50 o/o des animaux infectés, tant porteurs de chancres qu'en état de syphilis inapparente.

TABLEAU 6. — *Souche jeune et réaction de Meinicke.*

Lapins	Souche	Voie d'inoc.	Lésion clinique	Intervalle inoc. et sérologie	Résultat sérologie	Observations
75	L*	intratest.	orchite	75 jours	—	Animal de 1er passage
86	L	»	»	75 »	—	Tréponèmes très mobiles à l'ultra-microscope. 1er passage
78	L	»	»	70 »	—	1er passage
10	L	s.-scrot.	chancre	50 » 94 »	+ —	Lapin inoculé avec les organes d'une souris (voir texte)
30	L	»	»	43 »	+	Animal inoculé avec le chancre du lapin 10

* Souche du Laboratoire.

Il est intéressant de remarquer que ces recherches corroborent celles de Nicolau (1) et ses collaborateurs qui viennent de souligner qu'avec une souche récemment isolée de l'homme, on obtient un pourcentage de réactions de Meinicke moindre qu'avec une souche adaptée depuis longtemps au lapin.

Mais nos constatations autorisent à se demander si le passage par l'organisme de la souris ne contribue pas à rendre le virus plus rapidement capable de provoquer des réactions sérologiques chez le lapin *(tableau 6)*.

En résumé : 1° la réaction de Meinicke étudiée en série sur 74 lapins s'est montrée très fidèle ; elle apparaît vers le 30e jour, souvent même plus précocement et nous l'avons retrouvée jusqu'au 280e jour après l'inoculation ;

2° La réinoculation d'un animal dont les lésions cliniques ont disparu, ne modifie habituellement pas une réaction de Meinicke devenue négative, sauf lorsque la nouvelle insertion virulente est faite avec une souche hétérologue ;

3° Bien que les réinoculations effectuées après traitement soient suivies de succès, la réaction de Meinicke demeure généralement négative ;

4° Le passage par la souris d'une souche jeune la rend plus apte à déterminer des réactions de Meinicke chez le lapin.

(1) Nicolau, L. Kopciowska et V. Constantinesco. La réaction de Meinicke chez des lapins infectés avec une souche de syphilis fraîchement isolée de l'homme. *C. R. Soc. Biol.*, 1931, t. CVIII, p. 628.

(Travail du Laboratoire de Bactériologie de la Faculté).

LES FORMES CLINIQUES DU SYNDROME DE THIBIERGE-WEISSENBACH : CONCRÉTIONS CALCAIRES DES SCLÉRODERMIES

Par

R.-J. WEISSENBACH
Médecin de l'hôpital Broca

Georges BASCH
Assistant à l'hôpital Broca

et

Marianne BASCH

(suite et fin) (1).

IV. — ÉTUDE RADIOGRAPHIQUE.

Le résultat de l'examen radiographique est certainement très différent si on confronte les radiographies d'un malade atteint de sclérodermie progressive à l'ensemble des clichés pris chez un sujet atteint de sclérodermie œdémateuse. La diffusion des calcifications en surface et en profondeur, apanage de cette dernière forme, et déjà constatable par le seul examen clinique, est encore plus frappante sur les radiographies qui décèlent l'existence de concrétions profondes souvent ignorées. On ne peut cependant scinder l'étude radiographique, tous les types de calcification sous-cutanée observés dans la forme sclérodactylique pouvant se retrouver dans la forme œdémateuse, et des lésions parcellaires de myosite ou de synovite calcifiantes exister, plus exceptionnellement d'ailleurs, dans la sclérodermie progressive.

A. — *Concrétions sous-cutanées.*

Elles peuvent se présenter sous trois aspects :

1° *Les grains* : le type le plus achevé se retrouve à la pulpe des doigts sur les clichés des mains pris dans la forme sclérodactylique ; il s'agit de petits grains isolés ou plus ou moins agglomérés, de forme sphérique et comparables à de petits plombs, ou au contraire allongés, riziformes, rappelant la forme des grains de la synovite à grains riziformes, ce qui a parfois été l'origine

(1) Voir *Ann. de derm.*, VIIe série, t. IV, no 1, janvier 1933, p. 1.



d'erreurs d'interprétation, certains radiologistes les ayant considérés comme grains riziformes secondairement calcifiés. Ils forment des amas de volume variable, de forme irrégulière dans l'ensemble, de contours polycycliques, d'opacité inégale : traînées étirées en longueur, amas mûriformes, quelquefois véritable demi-gouttière dont la concavité répond à la face antérieure des deux dernières phalanges.

2° *Les nodules* : on les voit de préférence sur les clichés des segments supérieurs des membres, à la face d'extension, et souvent en regard de l'olécrâne. Plus volumineux, de la taille d'un pois à celle d'une noisette, ils ont des contours irréguliers mais nets, tranchant sur la clarté des parties molles, et leur opacité est beaucoup plus uniforme que celle des amas de grains.

3° *Les plaques* : elles siègent plutôt à la face et au tronc. De forme et de volume variables, leur opacité dépend de leur épaisseur et de l'incidence des rayons.

B. — *Calcifications des tendons, aponévroses et synoviales.*

1° *Tendinite calcifiante* : on l'observe sur les clichés des articulations : coudes, genoux, poignets et chevilles ; c'est en effet dans les terminaisons du biceps et du triceps, dans les tendons fléchisseurs des doigts et dans les tendons rotuliens et achilléens que les calcifications apparaissent sous des aspects divers : chapelets de grains opaques (Œhme), ou « ombres linéaires et parallèles traduisant les contours calcifiés des tendons » (Von Gaza), ou enfin ombres allongées incluses dans l'extrémité du tendon.

2° *Synovite et périsynovite calcifiante* : elles accompagnent quelquefois les calcifications précédentes sur les clichés des genoux et des articulations radio-carpiennes où les ombres dessinent la bourse prérotulienne et la gaine des fléchisseurs. A l'épaule la radiographie peut déceler l'existence d'une ombre irrégulière répondant à peu près au tiers externe de la capsule et traduisant la calcification de la bourse sous-deltoïdienne (Thibierge et Weissenbach). Mais il faut se défier ici d'une erreur qui ferait interpréter comme calcification de la synoviale la calcification du tissu conjonctif périsynovial ; sa topographie simule alors celle de la synoviale, sans que celle-ci soit cependant lésée. Ce fait a d'ailleurs été vérifié au

cours d'interventions chirurgicales pour maladie de Duplay, périarthrite scapulo-humérale avec calcifications.

3° *Calcifications aponévrotiques* : le fascia qui recouvre les muscles est représenté par un fin trait noir qui constitue une sorte de démarcation entre les concrétions sous-cutanées et les calcifications musculaires. Dans l'observation de Von Gaza, l'aspect des clichés de profil de la paroi abdominale était à ce point de vue particulièrement curieux : « une série de lignes opaques traduit la calcification des aponévroses séparant les couches musculaires ».

C. — *Calcifications musculaires. Myosite et périmyosite calcifiantes.*

Une étude radiographique très détaillée en a été faite dans l'observation allemande de Krause et Trappe où ont été pris par dizaines des clichés de tous les groupes musculaires du corps. Au niveau des muscles les ombres se disposent sous forme de bandes sombres longitudinales séparées par des bandes claires ; « il semble que le processus soit localisé au tissu conjonctif intermusculaire ; plus le processus est avancé, plus les ombres longitudinales qui traduisent la calcification de ce tissu sont denses, et plus l'aspect est zébré ».

D. — *Calcifications viscérales.*

Leur existence est décelée par l'examen radiologique systématiquement pratiqué :

a) Au niveau de l'*appareil respiratoire* : quelquefois greffées sur la sclérose bronchique et ganglionnaire des enfants sclérodermiques (Paisseau).

b) Au niveau de l'*hypophyse* : la selle turcique est occupée par une ombre anormale.

c) Au niveau du *corps thyroïde* : calcifications alvéolaires dans un cas.

d) Au niveau du *système vasculaire* (artères et veines).

E — *Lésions associées.*

1° **Squelette.**

Nous avons déjà noté la fréquence relative des lésions du squelette dans les deux premières formes cliniques. On observe sur les clichés radiographiques tous les degrés de ces lésions qui vont de la décalcification légère des phalanges unguéales à la décalcification massive du squelette des membres et à la résorption plus ou moins étendue des extrémités osseuses.

a) *Décalcification moyenne et localisée* : chez notre malade on constatait une décalcification globale et lacunaire au niveau des phalanges et des têtes des deuxième et troisième métacarpiens des deux côtés, se traduisant par une clarté anormale.

b) *Décalcification généralisée sans résorption osseuse* : les clichés de l'observation de Von Gaza en sont l'expression la plus caractéristique : manque de densité de l'os, architecture de la substance spongieuse peu nette, substance corticale très amincie : les zones dia-épiphysaires, par contre, sont particulièrement bien marquées. Dans l'observation de Paisseau, la décalcification est telle qu'en certains points, « l'os, même le périoste, a sensiblement la même teinte que les parties molles».

c) *Erosion, résorption et destruction des extrémités* ; Bertolotti signale « un travail de résorption progressif localisé aux extrémités digitales », processus dont il a pu constater les progrès à un an de distance sur des clichés où se voyait, à côté d'une clarté anormale des phalanges et des métacarpiens, une véritable *résorption des phalangettes.* Dans l'étude radiographique particulièrement démonstrative des importantes lésions osseuses que présentait la malade de Milian, il est dit que les extrémités étaient le siège d'érosion et de destruction osseuse, localisées aux phalanges unguéales des doigts, avec décalcification globale des mains et des pieds.

d) *Déformations osseuses* : elles peuvent consister en tassement des pièces osseuses sans fractures, en hyperostoses, en épaississement des épiphyses, ou au contraire amincissement de la diaphyse (Paisseau), avec irrégularité des contours.

2° **Articulations.**

Les interlignes sont indemnes dans la majorité des cas, même dans des formes sévères où l'impotence fonctionnelle pourrait faire

croire à une ankylose. Dans les sclérodactylies graves, on note toutefois un flou des surfaces au niveau des articulations interphalangiennes et métacarpo-phalangiennes.

Enfin, dans l'observation de Paisseau existent de véritables *arthropathies* au niveau de la main et du tarse : déformations et irrégularités articulaires, avec disparition parfois complète des interlignes. Ces lésions, comme le notent les auteurs, se distinguent nettement de l'ankylose sclérodermique et s'apparentent bien plutôt au rhumatisme dont nous avons vu la parenté avec le syndrome qui nous occupe.

L'importance de ce chapitre radiographique montre l'intérêt que présente l'examen systématique aux rayons X des sclérodermiques, porteurs ou non de concrétions calcaires cliniquement appréciables. Deux points de technique doivent être soulignés : pour déceler le plus grand nombre de calcifications, il faut employer des rayons assez mous permettant de voir, sur les clichés de profil, la limite cutanée ; pour préciser la topographie et les rapports réciproques des concrétions avec les différents organes et plus spécialement les os, il faut utiliser la radiographie stéréoscopique.

V. — MODIFICATIONS DU SANG ET DES HUMEURS

Les recherches ont porté avant tout sur les *modifications chimiques et physico-chimiques du sang*. Dans celui-ci, l'élément le plus fréquemment dosé a été bien entendu le calcium, et nous avons pu mettre en parallèle les résultats des analyses, en tenant compte des chiffres normaux pour les méthodes employées. Les examens chimiques complets sont beaucoup plus rares (4 cas, dont 3 personnels), mais nous ont permis cependant des comparaisons intéressantes.

A. — *Calcium sérique*.

Le *calcium total* a été dosé dans 16 observations, et en tout, 24 fois.

1° Il est *exceptionnel* de rencontrer des *chiffres s'éloignant considérablement de la normale* : soit supérieurs (1 cas), soit inférieurs (2 cas dont l'un où l'hypocalcémie fut transitoire).

2° Dans la règle le taux de la calcémie se maintient *dans des*

limites normales (entre o gr. 095 et o gr. 110 dans 7 cas), ou est à la limite supérieure de la normale (entre o gr. 112 et o gr. 118 dans 3 cas).

3° Enfin dans 3 cas où une première analyse avait donné un chiffre assez nettement *supérieur à la normale* (entre o gr. 12 et o gr. 13), des analyses ultérieures ont donné des chiffres rigoureusement normaux, sans que l'abaissement de la calcémie ait coïncidé d'ailleurs avec un arrêt des précipitations calciques.

Le *calcium ionisé* a été calculé dans 3 observations selon la formule de Rona, en fonction du pH et de la réserve alcaline. Il est tantôt normal, tantôt *inférieur à la normale*. Ses variations sont particulièrement intéressantes à noter chez une de nos malades (1) en comparaison avec celles du calcium total : alors que le calcium total était nettement supérieur à la normale à la première analyse et est retombé graduellement à un taux normal, le taux du calcium ionisé a varié en sens inverse, tout en restant notablement abaissé (de ogr. 0158 à o gr. 0174). Chez une autre malade les quantités du calcium total et du calcium ionisé ont baissé parallèlement, tombant à la limite de la normale pour le premier, au-dessous de la normale pour le second.

B. — *Phosphore inorganique.*

Il a été dosé dans 7 cas :

a) dans 3 cas il est *supérieur à la normale* :

très notablement dans 1 cas (o gr. 20 par litre) ;

très légèrement dans 2 cas (limite supérieure de la normale) ;

b) dans 4 cas il est en *proportion normale* ;

c) dans deux de ces 4 derniers cas, les dernières analyses montrent un abaissement de la phosphatémie bien *au dessous des valeurs normales* (o gr. 109

C. — *Autres éléments du sang.*

Dosés dans un beaucoup plus petit nombre d'observations, ils ont été trouvés en quantité normale, sauf en ce qui concerne :

(1) Weissenbach, Truchot, Laudat, G. et M. Basch.

1° *les protides*, qui étaient *très augmentées dans le sérum d'une de nos malades* (jusqu'à 94 gr. 8), avec inversion du rapport de la sérine à la globuline. Ces constatations sont en sens inverse de celles de Weissenbach, Vignal et Guillaumin dans un cas de concrétions calcaires du syndrome de Raynaud ;

2° *le cholestérol* qui, dosé dans 5 cas, a été trouvé quatre fois à un taux *nettement supérieur au taux normal* (1 gr. 97 à 2 gr. 65) et une fois à la limite supérieure de la normale.

D. — **Examen physico-chimique** :

L'équilibre acido-basique (pH à 38°), mesuré dans 5 cas, a été trouvé normal trois fois. Dans 2 cas, par contre, il était nettement déplacé vers la zone alcaline. Ce fait est particulièrement intéressant, car il s'oppose aux cas de décalcification (ostéomalacie) où il y a déplacement du pH vers la zone acide (Blum, Delaville et Van Caulaert).

La réserve alcaline était normale deux fois, augmentée deux fois, abaissée une fois.

L'indice réfractométrique était augmenté chez la malade qui présentait une augmentation des protides.

L'examen chimique des urines a été pratiqué rarement, sauf en ce qui concerne le sucre et l'albumine et a donné des résultats à peu près normaux pour les matières dosées. D'ailleurs si, pour établir un *bilan calcique*, il est indispensable de mesurer la calciurie, cette mesure à elle seule est bien insuffisante, puisque l'élimination fécale du calcium représente de 60 à 99 o/o de l'élimination totale. Or le dosage du calcium des excreta n'a été, à notre connaissance, pratiqué dans aucun cas de sclérodermie avec concrétions calcaires. Les difficultés matérielles que présente l'établissement du bilan des entrées et des sorties du calcium (régime composé d'aliments ayant une teneur relativement fixe en Ca, mesures quantitatives portant sur les ingesta et les excreta pendant une période d'une certaine durée), ont empêché jusqu'à présent sa mise en œuvre. Cette recherche serait cependant susceptible d'apporter quelque lumière dans la question des précipitations calcaires.

La réaction de Bordet-Wassermann, très souvent recherchée, a toujours été négative, sauf dans le cas de Stradiotti.

Le métabolisme basal, mesuré 8 fois, était considérablement augmenté dans 3 cas (de 28 à 38 o/o) ; légèrement ou moyennement abaissé dans 4 cas (de — 22 à — 4 o/o).

Une étude biochimique d'ensemble ne permet pas de noter une modification quantitative constante, ou même seulement fréquente d'un des éléments constitutifs du sang.

1° Le calcium sérique *total est normal ou subnormal dans la majorité des cas. L'hypercalcémie n'est pas la règle ; quand elle existe elle est modérée et semble ne porter que sur le calcium total, le calcium ionisé ayant toujours été trouvé à un taux normal ou même inférieur à la normale.*

2° Les proportions du phosphore *inorganique sont des plus variables : elles peuvent être normales, augmentées ou diminuées. L'hyperphosphatémie n'est pas la règle.*

3° Le cholestérol *est augmenté.*

*4° Les recherches concernant l'*état physico-chimique *du sang ont également donné des chiffres normaux pour la majorité des cas. On a pu cependant noter une ou deux fois, d'une part un déplacement du pH vers la zone alcaline, d'autre part une augmentation de l'indice réfractométrique traduisant une augmentation des protides.*

On peut donc dire une fois de plus que le taux du calcium et du phosphore sanguin n'est en aucune façon le reflet des précipitations tissulaires. Ajoutons qu'il est nécessaire de faire une étude très complète de tous les composants du sérum, la nature et l'état d'équilibre de ces éléments jouant peut-être un rôle plus grand dans la précipitation des sels de chaux que la concentration de ces derniers dans le plasma.

DIAGNOSTIC

Les différents caractères cliniques, évolutifs, radiologiques et autres que nous venons d'exposer, et qui confèrent au syndrome de Thibierge-Weissenbach une individualité bien tranchée, permettent de le diagnostiquer des autres variétés de calcification cutanée que nous allons rapidement énumérer.

I — CONCRÉTIONS NON CALCAIRES : TOPHI URATIQUES DES GOUTTEUX

Nous n'insisterons pas longuement sur ce diagnostic qui est aisé, pour peu que l'on connaisse l'existence des concrétions calcaires : *Cliniquement*, il s'agit de goutteux anciens, donc ayant fait à maintes reprises des crises de goutte caractéristiques ; et sur ce terrain bien spécial les tophi vont apparaître sur des points d'élection : face dorsale des petites articulations des mains et des doigts, bord postérieur de l'oreille, tandis que la pulpe des doigts reste indemne au contraire.

L'examen radiologique qui est ici, comme le disent Belot et Nahan, une véritable méthode d'analyse chimique, confirme le diagnostic : les tophi se présentent comme des taches claires dans les parties molles. Il faut cependant savoir que les tophi goutteux peuvent secondairement se calcifier (donc s'opacifier) et ne pas rejeter le diagnostic de goutte sans avoir pratiqué l'*examen chimique* qui montre la présence d'une très forte proportion d'urates (50 à 70 0/0), alors qu'on n'en trouve jamais dans les concrétions calcaires proprement dites, ou seulement à l'état de traces.

II — CONCRÉTIONS CALCAIRES SANS RAPPORT AVEC LA SCLÉRODERMIE OU UNE AFFECTION VOISINE

Les unes ont une individualité anatomo-clinique certaine et seront faciles à éliminer. Ce sont :

1° Les tumeurs cutanées calcifiées.

Ce sont les fibromes, les loupes et kystes, les sarcomes, qui peuvent se pétrifier secondairement. Dans ce groupe, il faut également faire rentrer la forme très spéciale d'épithélioma cutané dite *Epithélioma calcifié de Malherbe* : à la période d'état, ce dernier est d'aspect typique et se présente sous la forme d'une masse du volume d'une noix environ, ulcérée en son centre qui est occupé par une concrétion calcaire incluse dans une sorte de loge à parois épaisses et de consistance dure. Mais au stade précoce ce n'est qu'un nodule cutané particulièrement dur ; la biopsie seule peut

alors faire la preuve qu'il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire dont les cellules néoplasiques, éléments polyédriques groupés en amas, ont la particularité de se calcifier aussitôt formées. Ce sont ces cellules calcifiées qui se fondent ensuite en une masse calcaire centrale qui se comporte en corps étranger. On peut observer la réaction giganto-cellulaire dans la zone d'envahissement de la tumeur.

2° Les phlébolithes.

Fréquents dans les veines sous-cutanées variqueuses des membres inférieurs, ils sont de diagnostic clinique et anatomique facile.

3° Les concrétions calcaires sous-cutanées, ou tumeurs pierreuses de Poirier.

Ce sont de petites tumeurs, en général du volume d'un grain de blé, très dures, mobiles sur les plans profonds qui s'observent presqu'exclusivement chez le vieillard à la face interne des tibias. Leur nature n'est pas élucidée. Pour Poirier, il s'agit de lobules adipeux calcifiés. Elles sont vraisemblablement dues à l'infiltration calcaire de lésions cicatricielles, de veinules ou de lymphatiques ayant empiété sur le tissu cellulo-adipeux voisin, ce qui les rapprocherait des phlébolites.

4° Les ostéomes vrais cutanés.

Ils sont très rares, et schématiquement, la présence d'ostéoblastes typiques, mise en évidence par l'examen histologique, tranche le diagnostic. Mais une ossification secondaire peut survenir dans les calcifications des sclérodermies (Pollitzer). De ce fait la présence d'os néoformé en certains points n'est pas incompatible avec le diagnostic de concrétions calcaires et sclérodermie.

A côté de ces formes bien connues et bien individualisées de calcinose cutanée et sous-cutanée, existent un certain nombre de cas de calcifications ayant pour point de départ divers éléments constituants de la peau et dont certains ont été groupés sous le nom de *Granulomes calcaires sous-cutanés*. Dans ces faits rentrent les six observations réunies par Milian dans sa thèse, observations dont l'unité résidait dans la structure histologique jugée caractéristique des nodules calcifiés, structure du « Granulome à cellules

géantes » avec dégénérescence calcaire centrale ; ce granulome inflammatoire fut considéré pendant longtemps comme d'origine parasitaire (Milian). Or cette unité anatomique et étiologique est en réalité artificielle : l'origine parasitaire ou infectieuse n'a pu être prouvée par des recherches ultérieures ; d'autre part on a démontré par la suite que, « quel que soit le type de concrétions auquel on ait affaire, le tissu conjonctif présente à leur contact des modifications réactionnelles, variables pour un même type étiologique suivant l'âge de la concrétion, mais analogues, identiques même parfois d'un type étiologique à l'autre » (Weissenbach). Même dans d'autres types de concrétions de nature nettement précisée et non microbienne (épithélioma de Malherbe, dépôts calcaires expérimentaux), il y a réaction giganto-cellulaire, et cette réaction est secondaire et non primitive.

Par la suite, d'autres faits, se rapprochant de ceux-ci, et qualifiés de diverses façons, ont été signalés (Derville, Lexa, Curtillet et Dor, Lesseliers, etc.), cas de concrétions calcaires s'accompagnant ou non de réaction inflammatoire, mais en tous cas isolées en apparence, et semblant indépendantes d'autres manifestations pathologiques. Il s'agit donc d'un groupe assez confus, dans lequel ont été réunis des éléments très disparates qui seraient tous à soumettre à une critique serrée, groupe qui finira par être démembré. On y trouve en effet ;

1° des cas où les concrétions sont en réalité associées à des ecto-sympathoses (Rénon et Dufour, Fernet et Nahan) ;

2° des cas où la sclérodermie a peut-être été méconnue (Stern, Proficbet) ;

3° des cas enfin où les calcifications semblent bien être un fait isolé, cas de moins en moins nombreux, mais indubitables cependant, où ni la sclérodermie, ni les troubles vasculaires locaux ne semblent être en cause, et dans lesquels le point de départ local, quand on le dépiste est bien peu de chose. C'est le fait de ces états morbides considérés comme des précipitations de sels de chaux en tissu normal dépendant exclusivement d'un trouble du métabolisme général du calcium, désignés sous le nom de *goutte calcaire* (Kalkgicht des Allemands), et dont l'histoire précise, étiologique et pathogénique reste à l'heure actuelle tout entière à écrire.

Les comparer aux précipités uratiques de la goutte commune

dont la pathogénie est un problème non résolu, pour en expliquer le mécanisme, est faire œuvre vaine et illogique. On peut même imaginer que ce sont au contraire les connaissances acquises concernant la précipitation des sels de chaux qui pourraient aider à résoudre le problème des précipitations uratiques.

III. — CONCRÉTIONS CALCAIRES DES AFFECTIONS VOISINES DES SCLÉRODERMIES

Il faut envisager ici, successivement, les *concrétions calcaires de la maladie de Raynaud*, syndrome dont le diagnostic ne se pose qu'avec la forme commune du syndrome de Thibierge-Weissenbach (concrétions calcaires de la sclérodermie progressive à début sclérodactylique) avec laquelle il a une parenté étroite et évidente.

2° *Les concrétions calcaires des atrophies cutanées.* — Il s'agit là de concrétions calcaires survenant au cours de dermatoses autres que la sclérodermie, mais fort voisines de celle-ci.

S'il s'agit d'une atrophie diffuse, le diagnostic se pose soit avec une sclérodermie œdémateuse, soit avec une sclérodermie progressive à un stade déjà avancé. S'il s'agit d'une atrophie maculeuse, le diagnostic se pose avec les concrétions calcaires des sclérodermies circonscrites.

A. — *Concrétions calcaires du syndrome de Raynaud.*

Au cours d'une maladie de Raynaud, on peut voir se constituer un tableau clinique à peu près superposable à celui que nous avons décrit dans la sclérodermie progressive à début sclérodactylique, à cela près qu'il n'y a pas de sclérodactylie proprement dite. De la lecture attentive des observations étudiées au cours de notre travail, un fait nous a paru se dégager, c'est le caractère particulier des *troubles vaso-moteurs*. C'est en effet l'asphyxie qui prédomine ; l'apparition des concrétions semble coïncider avec celle des crises d'asphyxie locale : ou bien il s'agit d'une forme purement asphyxique (1), ou bien le syndrome de Raynaud, après s'être manifesté

(1) Weissenbach, Vignal et Guillaumin ; Fernet et Nahan.

pendant des années sous la forme d'accès syncopaux, donne lieu à des accès d'acro-asphyxie, et à ce moment seulement apparaissent les concrétions (1). Ce fait, beaucoup moins évident dans nos observations de sclérodactylie avec concrétions calcaires (sauf celle de Garcin), mériterait d'être recherché et confirmé dans une étude spéciale des concrétions calcaires du syndrome de Raynaud, étude plus étendue que celle à laquelle nous avons pu nous livrer.

A ces troubles vaso-moteurs viennent s'ajouter des concrétions calcaires de la pulpe des doigts identiques à celles de la sclérodactylie ; mais il n'existe pas ici d'épaississement dense des téguments ; la peau, extrêmement fine, se plissant facilement, glissant sur les plans profonds, est plutôt atrophique que scléreuse.

En réalité, il est très probable qu'il s'agit de stades évolutifs différents : la parenté étroite entre syndrome de Raynaud et sclérodactylie est en effet confirmée par notre statistique (sur 26 cas de sclérodactylie, 25 ont débuté par des troubles vasculaires locaux à type syndrome de Raynaud). Si les faits que nous rappelons prouvent que les concrétions calcaires peuvent s'associer au syndrome de Raynaud et évoluer parallèlement à lui pendant très longtemps, indéfiniment peut-être, sans qu'apparaisse une sclérodactylie ou une sclérodermie caractérisée, ils n'autorisent pas à opposer les deux syndromes.

En premier lieu, à défaut de l'étude histologique d'un fragment biopsié judicieusement choisi, l'absence de sclérodermie diagnosticable cliniquement ne suffit pour affirmer l'absence de lésions parcellaires de sclérose du tissu conjonctif et d'altérations dégénératives voisines de la dégénérescence colloïde. En second lieu, on sait combien il est fréquent que se constituent, après plusieurs crises de Raynaud, des altérations cutanées légères, bien éloignées de la sclérodactylie proprement dite, se traduisant plutôt par une atrophie cutanée que par une condensation : syndrome de Raynaud, atrophie cutanée, sclérodactylie se succèdent si insensiblement que bien souvent les malades ne s'aperçoivent pas des modifications de leurs téguments. Comment serait-il possible de ranger ces deux affections dans des compartiments absolument distincts, d'en faire des maladies d'espèces différentes, d'opposer enfin les concrétions

(1) Tamalzkaïa, Garcin.

calcaires de la sclérodactylie à celle du syndrome de Raynaud? Il nous semble au contraire que *l'existence de précipitations calcaires au cours de ces deux états pathologiques est une raison de plus pour affirmer leur étroite parenté morbide*, sinon au point de vue étiologique, du moins au point de vue pathogénique.

B. — *Concrétions calcaires des atrophies cutanées.*

Les concrétions calcaires peuvent se voir, quoique rarement, dans les atrophies cutanées. Nous en avons retrouvé trois observations, dont chacune répond à une des formes d'atrophie cutanée idiopathique jusqu'à présent individualisées.

La maladie de Pick-Herxheimer (acrodermatite atrophiante de Herxheimer, érythromélie de Pick, dermatite chronique atrophique de Pautrier).

La poïkilodermie atrophiante réticulaire (de Petges et Cléjat, de Jacobi).

L'anétodermie érythémateuse de Jadassohn.

1° Atrophies cutanées diffuses.

a) Dans l'*acrodermatite atrophiante*, Jessner a noté l'existence de concrétions calcaires dans un cas. Schématiquement, les caractères cliniques de l'acrodermatite permettent aisément de la distinguer de la sclérodermie progressive : sa prédominance chez l'homme, son début à la face dorsale des mains et des pieds et non aux doigts, son aspect particulier, en raison du mélange d'érythème et d'atrophie réalisant des bandes ou des nappes de peau amincie dont la couleur varie du rose pâle au rouge violacé.

Mais l'association fréquente de sclérodermie vraie circonscrite, ou de lésions sclérodermiformes, à la dermatite chronique (60 o/o des cas d'après Pautrier), et d'autre part la possibilité d'une transformation de véritables lésions sclérodermiques en acrodermatite rendent ce diagnostic beaucoup plus délicat du point de vue qui nous occupe, les calcifications pouvant relever aussi bien de la sclérose que de l'atrophie.

b) Dans la *poïkilodermie atrophiante réticulaire*, il est également prouvé que des calcifications peuvent se produire, grâce à un cas étudié à deux reprises à la clinique dermatologique de Breslau.

L'observation de ce cas, publiée par Glück en 1913 sous l'étiquette de « Poïkilodermie vasculaire de Jacobi », signalait l'existence d'importantes lésions cutanées et de quelques nodules calcaires sous-cutanés. Sept ans plus tard, l'observation du même malade fut publiée par Lemanczyk sous le nom de « Calcinose interstitielle » ; les lésions cutanées avaient nettement régressé et les tumeurs calcaires avaient acquis un développement considérable, comme si la première affection avait fait place à la seconde.

Là aussi, théoriquement, le diagnostic est aisé : la poïkilodermie avec son réseau pigmenté marbré de varicosités et ses mailles blanches légèrement atrophiques ne rappelle que de loin une sclérodermie, même atypique. Il est cependant curieux, comme le faisait remarquer Jadassohn, que le cas de Petges et Cléjat ait d'abord été diagnostiqué Sclérose atrophique, et le cas de Jacobi pris pour une sclérodermie ; pour cet auteur, il n'y aurait pas une différence fondamentale entre les deux affections.

2° **Atrophies maculeuses.**

Dans leur cadre rentre le cas récent de Cavalucci étiqueté « Atrophie maculaire idiopathique de la peau avec concrétions calcaires sous-cutanées symétriques », cas très voisin de l'*anétodermie érythémateuse de Jadassohn*. La parenté des atrophies maculeuses avec les morphées est peut-être encore plus frappante (la guérison des plaques de sclérodermie se faisant par un passage à l'atrophie) que celle des atrophies diffuses avec les sclérodermies généralisées.

Nous n'insisterons d'ailleurs pas davantage sur ces faits, l'analogie, sinon l'identité des lésions cutanées de l'anétodermie et de la maladie de Pick-Herxheimer étant admises par certains auteurs comme Pautrier (*Presse médicale*, 4 juillet 1931). Ce que nous avons dit pour la dernière affection vaut donc aussi bien pour l'anétodermie, qui lui est, en outre, assez souvent associée.

En résumé, *on peut dire que le diagnostic différentiel des concrétions calcaires des atrophies cutanées d'avec les concrétions calcaires des sclérodermies consiste plutôt à isoler des aspects morphologiques d'une même affection, des formes cliniques en quelque sorte, qu'à séparer entre elles des affections fondamen-*

talement distinctes. Si on peut, au premier abord, être surpris de ce que le même processus de précipitation calcaire survienne dans des états anatomiquement différents comme l'atrophie et la sclérose, les exemples que nous venons de donner démontrent suffisamment que ces états ont entre eux une parenté étroite et qu'il est pratiquement impossible de les considérer comme antagonistes. Comme l'écrit Darier, « bien que l'atrophodermie et la dermatosclérose constituent des états différents et en quelque sorte opposés, en clinique ils sont parfois difficiles à distinguer ; ils se combinent souvent, se succèdent ou s'associent ».

Plus récemment, Pautrier (1) a insisté sur les affinités qu'offrent entre eux la dermatite chronique atrophiante et l'anétodermie d'une part, les états sclérodermiques d'autre part. Nous ne pouvons mieux faire que de citer l'énoncé de sa conception qui répond admirablement aux faits qui ressortent de notre étude : « Les atrophies du type érythromélique ou anétodermique et les sclérodermies ne sont pas à proprement parler des maladies de la peau, ce sont d'une façon beaucoup plus générale des affections du tissu conjonctif. Elles s'extériorisent principalement sur le tégument cutané parce que celui-ci, qui s'étale sur toute la surface du corps, comporte précisément un immense étalement du tissu conjonctif. En réalité, ce sont des affections qui traduisent un bouleversement plus ou moins profond du métabolisme du tissu conjonctif ».

Si, d'autre part, on admet que la précipitation des sels de chaux est commandée avant tout par les affinités nouvelles du tissu conjonctif atteint de dégénérescence, il n'est pas surprenant de constater cette précipitation au cours des atrophies cutanées où le tissu conjonctif est frappé, lui aussi, de dégénérescence. La moindre fréquence des calcifications dans les atrophies cutanées peut s'expliquer soit par la nature physico-chimique différente de ces dégénérescences dans la plupart des cas, soit par ce fait que, dans les atrophies cutanées, le tissu malade est peu à peu résorbé à l'inverse de ce qui se passe dans les sclérodermies proprement dites. A propos de la seconde hypothèse, il faut rappeler les faits observés dans la périarthrite scapulo-humérale avec calcifications, où non seu-

(1) *Réunion dermatologique de Strasbourg* (1929).

lement le tissu conjonctif scléreux dégénéré mais encore les sels de chaux qui l'imprègnent peuvent se résorber. On sait que la démonstration de cette résorption a été donnée à la fois par l'étude radiographique (1) et par l'étude histologique (2).

Sclérodermies œdémateuses avec calcinose musculaire. Diagnostic avec la myosite ossifiante.

Cette affection, d'ailleurs rare, présente avec les cas sévères de sclérodermie œdémateuse avec calcifications certaines analogies qui ont pu les faire confondre (Krause et Trappe). Frappant les sujets jeunes, elle se caractérise par l'apparition chronique ou subaiguë de tumeurs intramusculaires de consistance d'abord pâteuse puis de plus en plus dure, au milieu de phénomènes d'œdème local qui s'atténuent rapidement. Cette atteinte musculaire, frappant d'abord les muscles de la nuque et du dos, puis ceux des membres, amène une ankylose complète et le malade succombe *fatalement* à la suite de plusieurs poussées que séparent des rémissions. On voit que la confusion est possible, et cela d'autant plus qu'on peut interpréter comme un état sclérodactylique la micro-dactylie considérée par beaucoup d'auteurs comme pathognomonique de la myosite ossifiante.

Cependant, comme l'avaient d'ailleurs bien vu Krause et Trappe, bien des points séparent les deux affections : la myosite ossifiante frappe de préférence les garçons, les muscles du tronc sont atteints les premiers et toujours avec plus d'intensité que ceux des membres, il y a intégrité des téguments, l'évolution est toujours fatale. Enfin, anatomiquement, si les deux premiers stades décrits par Munchmeyer (infiltration embryonnaire et induration fibreuse) rappellent ce que l'on voit dans la scléro-myosite, le troisième stade où l'on rencontre toujours de l'ossification vraie ne ressemble en rien au stade de calcification de la sclérodermie ; les masses ossifiées avec leurs ostéoblastes typiques s'opposent très nettement aux foyers calciques non organisés.

Il n'en reste pas moins vrai que si les deux maladies sont bien distinctes cliniquement, elles ne sont pas très éloignées l'une de

(1) Cas Weissenbach.
(2) Leriche et Yung.

l'autre et présentent une certaine parenté pathogénique; cela surtout si l'on admet, en se fondant sur l'aspect histologique précoce des muscles malades, que les lésions de la myosite ossifiante sont secondaires à une inflammation du tissu conjonctif intertitiel. Là encore il s'agit d'une *maladie du tissu conjonctif*, et l'ossification, tout comme la calcification, est précédée par une myosite scléreuse ici postinflammatoire.

BIBLIOGRAPHIE

Adrian et Rœderer. — Les arthropathies au cours de la sclérodermie (*Ann. de Dermat.*, pp. 299, 341, 395, t. I, 1920).

Aisenberg. — Über Calcinosis interstitialis (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr.*, t. XXXIX, p. 443, mars 1929).

Akobdszanjanz. — Ein Fall von Sclerodermie mit fleckweiser Atrophie und Kalkablagerungen in der Haut (*Russk. Vestn. Dermat.*, t. III, n° 1, p. 2).

Apert, Broca et Rousseau. — Sclérodermie avec arthropathies ankylosantes et atrophie musculaire (*Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, t. XIX, p. 224, juillet 1908).

Bayle. — Étude sur les calcifications de la peau et du tissu cellulaire souscutané (*Thèse Paris*, 1905).

Bayless. — Scleroderma (*Kentucky Med. Journal*, t. XXII, p. 39, 1924).

Bertolotti. — Étude radiologique d'un cas de sclérodermie avec syndrome de Profichet (*Nouv. Iconogr. de la Salp.*, t. XXVI, p. 291, 1913).

Binet, Verne et Laffitte. — L'athérome expérimental (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 13 juillet 1931, p. 1224).

Blum, Delaville et Van Caulaert. — Sur la pathogénie du rachitisme. Rapport entre les phénomènes d'ossification et de décalcification et l'état physico-chimique du sang (*Presse Médicale*, n° 48, 1925, p. 801).

Brunschweiler et Forel. — Bemerkungen zu einem Falle von Sclerodermie (30e Assemblée Soc. Suisse Neur. Neufchâtel, nov. 1927. *Schweiz. Arch. Neur.*, t. XXII, p. 42, 1929).

Bruusgaard. — Ein Fall von universellen Sklerodermie mit ausgebreiteten Kalkablagerungen in dem kutanen Gewebe (*Dermat. Zeitschr.*, t. LIII, avril 1928, p. 80).

Busi. — Un cas de maladie dite « Pierres de la peau » (*Ann. d'Électrol.*, 1909, n° 12).

Cavalucci. — Su un singolare caso di atrofia idiopatica maculosa della cute con concrezioni calcarea (*Riforma Medica*, n° 9, 1929, p. 287).

Chichereau. — Les concrétions calcaires de la peau (*Thèse Paris*, 1930).

XXIe Congrès français de Médecine : Le Métabolisme du calcium ; Rapports de MM. Brüll, Mouriquand et Leulier, M. P. Weil et Guillaumin (Liége, 1930, in *Presse Médicale*, n° 84, p. 1417).

Csapo. — Influence of Proteins on solubility of Calcium Phosphate (*J. Biol. Chem.*, t. LXXV, p. 509, nov. 1927).

CURTILLET et DOR. — Maladie kystique et calcaire des glandes sudoripares (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 13 nov. 1889, p. 1081).

DARIER. — *Précis de Dermatologie*. Paris, Masson, édit.

DAVIS. — Case of Raynaud's Disease associated with calcareous degeneration 1912 (*Proc. Roy. Soc. Med.-Dermat. Sect.*, t. V, pp. 99, 1911, 21 mars 1912).

DELHERM, MOREL-KAHN et COUPUT. — Sclérodermie et lésions osseuses (*Bull. et Mém. de la Soc. de Radiol. Méd. de Paris*, t. XIII, p. 110, 1925).

DERVILLE. — Infiltration calcaire de la peau (Ve Congrès français de Médecine, Lille 1899, in *Semaine Médicale*, 1899, p. 269).

DIETSCHY. — Uber eine eigentümliche allgemein Erkrankung (*Zeitschr. f. klin. Med.*, t. LXIV p. 377, 1907).

DISS et WORINGER. — Les fausses sclérodermies du nourrisson (Réunion dermat. de Strasbourg, in *Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, juillet 1929).

DÖRFFEL. — Kalkeinlagerungen im Gewebe, nach Frostschäden (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. CLV, p. 274, 1928).

DUNIN. — Suppuration chronique des doigts avec précipitation de carbonate et phosphate de chaux (*Gazeta Lekarska*, 1904 ; Anal. in *Monatschr. f. prakt. Dermat.*, t. LX, p. 669, 1905).

DURET. — Tumeurs multiples et singulières des bourses séreuses (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, p. 725, 1899).

DURHAM. — A case of Scleroderma with extensive, subcutaneous, periarticular and vascular calcification (*Ann. clin. Med.*, t. V, p. 679, janvier 1927).

DURHAM. — Scleroderma and Calcinosis (*Arch. of Internal Med.*, t. XLII, p. 467, oct. 1928).

EDEIKEN. — Scleroderma with sclerodactylia. Report of three cases with Rœntgenfindings (*Amer. J. Rœntgenol.*, t. XXII, p. 42, 1929).

L. EHRMANN. — Brunhs cit.

FERNET et NAHAN. — Un cas de concrétions calcaires sous-cutanées (*Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, p. 266, séance du 13 nov. 1919).

FOX. — Scleroderma with ulcers and calcareous deposits (*Arch. of Dermat. a. Syph.*, t. XXI, p. 153, janvier 1930).

FREUDENBERG et GYÖRGY. — Uber Kalkbindung dursch tierische Gewebe (*Bioschem. Zeitschr.*, 1923-1924).

FRIEDLÄNDER. — Untersuchungen des Gesamtmineralwechsels bei Calcinosis universalis (*Deutsche Arch. f. klin. Med.*, t. CLXVI, p. 107, 1930).

GARCIN, BERTRAND, LAUDAT et CACHIN. — Concrétions calcaires sous-cutanées des doigts associées à un syndrome de Raynaud avec sclérodactylie. Télangiectasies disséminées (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 21, p. 1036, 22 juin 1931).

GASTOU et HISSARD. — Sclérodactylie avec élimination de graviers (*Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, n° 7, p. 567, juillet 1928).

GIBERT et LOYER. — Un cas de maladie de Raynaud avec concrétions calcaires sous-cutanées (*Revue de Radiologie et d'Électrologie*).

GILBERT et POLLET. — Un nouveau cas de concrétions phosphatées calcaires sous-cutanées (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 26 juin 1925).

GILBERT et POLLET. — Contribution à l'étude des concrétions calcaires sous-cutanées (*Paris Médical,* 31 oct. 1925, p. 345).
GLÜCK. — Dermatitis atrophicans reticularis mit mucinöser Degeneration der kollagenen Fasern (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. CXVIII, p. 113, 1913).
GOUGEROT. — *La Dermatologie en clientèle.*
GOUGEROT et BURNIER. — Maladie de Pick-Herxheimer (*Soc. de Dermat.*, séance du 10 juillet 1930).
GOUGEROT, CARTEAUD et WEILL. — Sclérodermie (*Soc. de Dermat.*, séance du 10 juillet 1930).
GRANZOW-IRRGANG. — Sclérodermie et Calcinose (*Zentralbl. f. H. u. Geschlechtskr.*, t. XXIX, n°s 11 et 12, p. 608, 5 avril 1929).
GUELPA. — Sclérodermie par intoxication calcaire (*Soc. de Méd. de Paris,* 25 juin 1921).
GUHRAUER. — Kalktumoren (*Zentralbl. f. H. u. Geschlechtskr.*, t. XIII, p. 238, 1924).
GUILLAUMIN. — Quelques points de la physiologie du calcium dans l'organisme humain (*Journ. Méd. Franç.*, oct. 1925, p. 402).

HARE. — A case of arthritis with multiple subcutaneous nodules and sclerodactylia (*Proc. Roy. Soc. Med.-Clin. Sect.*, 11 déc. 1925, p. 36, 1926).
HOFFMANN. — Uber circumscriptes planes Myxœdem, mit Bemerkungen über Schleim und Kalk bei Poïkilodermie und Sklerodermie (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. CXLVI, n° 1, p. 89, 1923).
HUEPER. — Metastatic calcification in the organs of the Dog after injection of Parathyroid Extract (*Arch. Path. a. Lab. Med.*, t. III, p. 14, 25 janvier 1927).
HUNTER. — Sclerodermia with subcutaneous calcareous deposits (*Glascow Med. J.*, t. LXXIX, p. 41, avril 1913).

JADASSOHN. — Uber Kalkmetastasen in der Haut (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. C, p. 317, 1912).
JADASSOHN. — *Handbuch der Haut und Geschlechtskranheiten,* Berlin, t. VIII, fasc. 2, p. 835, 1931 (Sclerodermie).
JEANNE. — Sur une maladie peu connue caractérisée par des concrétions phosphatiques sous-cutanées (*Bull. Soc. Anat.*, 2 oct. 1900, p. 893).
JESSNER. — Acrodermatitis atrophicans mit Kalkablagerungen in der Haut (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. CXXXIV, p. 478 *bis*).

KENNEDY. — Calcinosis and Scleroderma in a child (*Med. Clin. North. Amer.*, t. XII, mai 1929, p. 1655).
KLEINMANN et REMESOV. — Uber die Bedingungen des Kalkablagerungen in tierischen Geweben (*Biosch. Ztschr.*, t. CXCVI, pp. 98, 146, 161, 1928).
KLOTZ. — Studies upon calcareous degeneration (*J. of Exper. Med.*, t. VII, p. 663, 1905).
KRAMER et SHEAR. — Calcification pathologique (*The J. of Biol. Chem.*, t. LXXIX, p. 121, 1928).
KRAUSE et TRAPPE. — Ein Beitrag zut Kenntnis des Myositis ossificans progressiva (*Fortschr. auf dem Geb. d. Röntgenstr.*, t. II, fasc. 4, p. 229, 1907).

Krause et Trappe. — Uber die Calcinosis interstitialis (*Verhandl. d. deutschen Röntgenges.*, t. V, p. 159, 1909).

Laffitte et May. — Les ecto-sympathoses (in *Nouveau Traité de Pathologie interne*, p. 735. Doin, 1928).
Langmead. — Sclerodermia with calcification in a Mongol (*Proc. Roy. Soc. Med.*, t. XII, p. 94, 1918-1919, Sect. Dis. Child.).
Layani. — Les acrocyanoses (*Thèse Paris*, 1929 et *Revue de Médecine*, n° 5, 1931).
Learner. — Calcium Deposition in tissues of dogs and mices by aid of Parathormon (*J. Lab. a. Klin. Med.*, t. XIV, p. 921, juillet 1929).
Lee et Adair. — Traumatic fat necrosis of the female breasts (*Ann. Surg.*, t. LXXX, p. 670, 1924).
Legène et Moulonguet. — La cytostéatonécrose du tissu cellulo-adipeux sous-cutané (*Ann. d'Anat. path.*, t. II, p. 193, 1925).
Lehrnbecher. — Uber Calcinosis interstitialis und ihre Beziehung zur Raynaud'scher Krankheit (*Beitr. z. klin. Chir.*, t. CXLII, p. 380, 1928).
Lemanczyk. — *Uber Kalkgicht* (Diss, Breslau, 1920).
Lereboullet et Lelong. — Concrétions calcaires multiples de la peau avec sclérodermie localisée chez la mère et la fille (*Soc. de Pédiatrie*, 18 février 1930, n° 2).
Leriche et Fontaine. — Traitement chirurgical de la sclérodermie par les interventions sur le sympathique (Réunion dermatologique de Strasbourg, in *Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, juillet 1929).
Lesseliers. — A propos d'un cas de concrétions calcaires sous-cutanées (*Bull. de la Soc. de Méd. de Gand*, janvier 1908, p. 7).
Letulle, Labbé, Heitz. — De la calcification des artères chez le diabétique (*Arch. des maladies du cœur*, sept. 1927).
Levaditi et Li Yuan Po. — Étude expérimentale de l'ergostérol irradié (*Presse Médicale*, n° 11, p. 168, 1930).
Lewandowsky. — Uber subcutane und periartikulare Verkalkungen (*Virchow's Arch.*, t. CLXXXI, p. 179, 1905).
Lexa. — Variété spéciale de calcifications dans les tissus (*Thèse de Lyon*, 1899).
Lhermitte. — La calcinose généralisée (*La Semaine médicale*, n° 47, 23 nov. 1910, p. 553).
Lichtwitz. — Uber die Bedeutung der Kolloide für die Konkrementbildung und die Verkalkung (*Deutsche Med. Wchnschr.*, t. XXXVI, p. 704, 1910).
Lortat-Jacob, Fernet et Bureau. — Atrophie cutanée avec sclérodermie, mélanodermie et concrétions calcaires (*Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, juillet 1929, p. 902, Réunion dermat. de Strasbourg).

Malherbe. — Quelques mots sur la classification des tumeurs du genre épithéliome (*Arch. gén. de Méd.*, nov. 1885, p. 513).
Maloney et Bloom. — Cutaneous calcinosis (*Arch. Dermat. a. Syph.*, t. XXIII, n° 2, fév. 1931).
Mamou. — Sclérodermie et cataracte (*Thèse Paris*, 1931).
Masuda. — Calcification de la peau. Étude expérimentale (*Japan. J. Dermat. a. Urol.*, t. XXIX, mai 1929).
Marfan et Dorlencourt. — Accidents d'hypercalcémie consécutifs à des

applications multiples de rayons ultra-violets ; entérolithes et concrétions calcaires sous-cutanées (*Soc. de Pédiatrie,* 20 janvier 1931).

MERKLEN, WOLF et VALLETTE. — Sclérodermie et concrétions calcaires Réunion dermat. de Strasbourg, 20 juillet 1924 ; in *Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph.,* juillet 1924).

MESCHTSCHERSKY. — Ein Fall von diffuser Sklerom mit mutilierender Sklerodactylie (*J. Russe des Mal. cut.,* 1909, an. in *Arch. f. Dermat. u. Syph.,* t. CIII, p. 391, 1910).

MILIAN. — Les sporozooses humaines (*Thèse Paris,* 1898-1899).

MILIAN. — Hygromas et granulomes calcaires sous-cutanés (*Presse Méd.,* 29 déc. 1900).

MILIAN et NEVEU. — Hygromas calcifiés (*Soc. anat.,* 12 oct. 1900, p. 827).

MILIAN. — Concrétions calcaires sous-cutanées (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris,* 8 juillet 1910).

MILIAN, PÉRIN et HOROWITZ. — Sclérodermie calcaire (*Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.,* n° 4, p. 475, et n° 5, p. 551, 1930).

MOREL-LAVALLÉE. — Décharge de précipités salins dans l'organisme vivant (*Revue de Thérap. chir.,* 1901, p. 443).

MORESTIN et MILIAN. — Kystes sous-cutanés (*Soc. Anat.,* 9 juin 1899, p. 576).

MOSBACHER. — Ein Fall von Kalkablagerungen unter der Haut, im Unterhautzellgewebe (*Deutsche Arch. f. klin. Med.,* t. CXXVIII, fasc. 1, p. 107, 29 oct. 1918).

MOURIQUAND. — Dystrophies calciques (*Lyon Méd.,* t. CXXXVI, p. 123, 1925).

MOURIQUAND, LEULIER, BERNHEIM et Mlle WEILL. — Recherches sur les antifixateurs du calcium (*Presse Méd.,* n° 42, p. 771, 1931).

MOULONGUET et PAVIE. — Un cas d'épithélioma calcifié sous-cutané avec ossification vraie (Soc. Anat. de Paris, séance du 3 mai 1928, in *Ann. d'Anat. Path.,* n° 6, juin 1928).

NÆGELI. — Lupus erythematodes, Sclerodermie, Kalkablagerungen (12 Congr. Schweiz. dermat. Gesellsch., Bâle, 2 juin 1927 ; in *Ztralbl. f. Hautkrankh.,* t. XXX, p. 450).

NÆGELI. — A propos des sclérodermies (Réunion dermat. de Strasbourg, in *Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.,* 7 juillet 1929).

NATHAN et STERN. — Variations du Ca et du K du sang dans les maladies de peau (*Arch. f. Dermat. u. Syph.,* t. CLVI, p. 446, 1928).

NEUWIRTH. — Uber einen Fall von Tendofasciitis calcarea rhumatica (*Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.,* t. XVI, p. 82, 1906).

NOMLAND et RUBEN. — Sclerodactylia with calcification (Chicago Dermat. Soc., 15 mars 1929, in *Arch. of Dermat.,* t. XXI, p. 322, 1930).

OEHME. — Uber diffuse Sklerose von Haut und Muskeln mit Kalkablagerung (*D. Arch. f. klin. Med.,* t. CVI, nos 3 et 4, p. 256, 8 mai 1912).

OLSON. — Sclerodactylia with calcareous concretion (*J. cut. Dis. incl. Syph.,* t. XXXV, p. 96, 1917).

ORMSBY et EBERT. — Raynaud's Syndrome, sclerodactylia, calcinosis and bone changes (Chicago Dermat. Soc., in *Arch. of Dermat. a. Syph.,* t. XII, n° 3, p. 409, septembre 1925).

PAISSEAU, SCHEFFER et Mlle SCHERRER. — Sclérodermie généralisée avec lésions osseuses et arthropathies (*Arch. de Méd. des Enf.*, t. XXXIII, n° 7, p. 407, 1930).
PATRASSI. — Le calcinosi cutanee (*Arch. ital. di dermat., sif. et vener.*, t. IV, n° 6, 1929).
PATRASSI. — Genesi ed evoluzione del cosidetto « Epitelioma calcifiante » della cute (*Arch. ital. di dermat., sif. et vener.*, t. V, n° 2, 1930).
PAULI et STENZINGER. — Effets des protéines sur la solubilité des sels de calcium (*Biochem. Zeitschr.*, t. CCV, p. 71, 1929).
PAUTRIER. — Rapports de la Dermatite chronique atrophiante, de l'anétodermie et de la sclérodermie (Réunion dermat. de Strasbourg, in *Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, juillet 1929, p. 173).
PAUTRIER et ZORN. — La calcémie dans les atrophies cutanées et dans les sclérodermies (*même référence*, p. 973).
PAUTRIER. — Dermatite chronique atrophiante (*Presse Méd.*, n° 53, p. 1005, 4 juillet 1931).
PAYENNEVILLE et CAILLIAU. — Un cas de sclérodermie en bande avec White Spot Disease (Réunion dermat. de Strasbourg, in *Bull. de la Soc. franç. de Dermat.*, juillet 1929, p. 939).
PÉHU et HORAND. — La myosite ossifiante (*Gaz. Hôp.*, 9 déc. 1905, p. 1671).
PERNET. — Sur un cas de sclérodermie avec calcinose (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. CLII, p. 337, 1926).
PETGES et CLÉJAT. — Sclérose atrophique de la peau et myosite généralisée (*Ann. de Dermat. et Syph.*, juin 1906, p. 550).
POIRIER. — Tumeurs pierreuses sous-cutanées (*Bull. de la Soc. Anat.*, 23 fév. 1887).
POLICARD et LERICHE. — Les problèmes de la physiologie de l'os (Masson, 1927).
POLLITZER. — Ossification in a case of scleroderma (*J. cut. Dis. incl. Syph.*, t. XXXVI, p. 271, 1918).
PONTOPPIDAN. — Subkutanen Kalkknöten bei endokriner Störung (*Zentralbl. f. H. u. Geschlechtskr.*, fasc. 8, p. 412, 1921).
POSPELOW. — Ein Fall von Kalkablagerung in der Haut (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. CXL, p. 75, 1922).
PROFICHET. — Sur une variété de concrétions phosphatiques sous-cutanées (*Thèse Paris*, 1900).

RABL. — Zur Problem der Verkalkung (*Virchow's Arch.*, t. CCXLV, p. 542).
RAMOND (Louis). — La sclérodermie (*Conf. de clin. méd. prat.*, t. VII, Vigot, 1928).
RÉNON et DUFOUR. — Dermato-phosphato-fibromatose nodulaire généralisée (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 6 juillet 1900, p. 835).
RIEHL. — Ein Fall von Verkalkung der Haut (*Munch. Med. Wchnschr.*, 28 janv. 1902, p. 164).
RIVOIRE. — Cataracte et Métabolisme du calcium (*Presse Méd.*, 28 mai 1930, p. 723).

SANNICANDRO. — Contributo alla conoscenza della sclerodermia, con speciale riguardo ai suoi rapporti con le turbe metaboliche del calcio (*Arch. ital. di dermat., sif. et vener.*, t. IV, n° 5, p. 472, 1929).
SCHOLEFIELD et PARKES WEBER. — A case of sclerodactylia with subcutaneous

calcification (*Proc. Roy. Soc. Med., Dermat. Sect.*, séance du 18 avril 1912, p. 124).

Schultze. — Skeletteveränderungen als Ursache von Verkalkungen (*Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, t. XXXVI, p. 243, 1923).

Schultze. — Über Calcinosis interstitialis (*Arch. f. klin. Chir.*, t. CXXXVI, p. 339, 1925).

Schütze. — Uber Kornartige Kalkablagerung in der Haut (*Dermat. Wchnschr.*, t. LXXXIV, 9 janvier 1927, p. 44 ; anal. in *Zentralbl. f. H. u. Geschl.*, t. XXIII, p. 251, 1927).

Selye (Hans). — Zur Kenntnis der Kalkgicht (*Med. Klin.*, n° 10, p. 371, 8 mars 1929).

Sézary, Favory et Mamou. — Syndrome tardif de sclérodermie avec cataracte associée à des troubles endocriniens (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 9, 17 mars 1930).

Snethlage. — Patiënte met sclerodactylie en met subcutane kalkafzettingen (*Nederl. tijdrschr. v. Geneesk.*, p. 1075, 3 sept. 1927).

Stelbing. — *Roy. Soc. of Med.*, 15 juillet 1915 (Ref. *Arch. f. Dermat.*, t. CXXII, p. 742).

Strukov. — Zur Frage der pathologischen Anatomie und Pathogenese der diffusen Sclerodermie (*Vrac Delo-russ.*, t. XII, p. 880, 1929).

Stradiotti. — Sopra un caso di calcificazioni multiple del cellulare sottocutaneo di origine sifilitica (*Il Policlinico, sez. med.*, n°s 6 et 7, pp. 255 et 322, 1910).

Stulz et Brenkmann. — Sur les foyers de calcifications dans les périarthrites scapulo-humérales (*Revue d'orthopédie*, t. XVI, n° 6, déc. 1929).

Tamalszkaïa. — Étude sur les concrétions calcaires de la peau (*Thèse Paris*, 1928).

Thibierge et Weissenbach. — Une forme de concrétions calcaires sous-cutanées en relation avec la sclérodermie (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1er juillet 1910, p. 10).

Thibierge et Weissenbach. — Concrétions calcaires sous-cutanées et sclérodermie (*Ann. de Dermat. et Syph.*, mars 1911, p. 129).

Thibierge, Spillmann et Weissenbach. — Sclérodermie et granulations calcaires sous-cutanées (Réunion dermat. de Nancy, 1925, p. 58, *in Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, juillet 1925).

Thibierge et Weissenbach. — Concrétions calcaires sous-cutanées, sclérodermie et Métabolisme du calcium (*Paris Médical*, n° 4, 23 janvier 1926, p. 85).

Tilp. — Demonstration eines Falles von ausgebreiteter Calcinosis (*Verhandl. d. d. path. Gesellsch.*, 1910, p. 277).

Tisdall et Erb. — Report of two cases with unusual calcareous deposits (*Am. J. Dis. Child.*, t. XXVII, p. 8, janvier 1924).

Vallette. — Sclérodermie et pierres de la peau (*Thèse Strasbourg*, 1927).

Versé. — Ueber ausgedehnte Verkalkungen bei chronischen Leukämie (*Verhandl. d. d. path. Geselsch.*, 1910).

Versé. — Ueber Calcinosis interstitialis (*Ziegl. Beitr. z. Path. Anat. u. Allgem. Path.*, t. LIII, p. 212, 1912).

Vincent. — Atrophie thyroïdienne et sclérodermie consécutives à un rhumatisme (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, mars 1907).

Von Gaza. — Ueber calcinosis interstitialis (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr.*, t. XIX, p. 327, 1912).

Weber. — (*Correpondenzblatt f. Schw. Arzte*, t. VIII, p. 623, 1878 ; résumée par Lewin et Heller, *La sclérodermie*, Berlin, 1895).

Weissenbach. — Recherches anatomo-cliniques et expérimentales sur les réactions du tissu conjonctif au voisinage des concrétions calcaires cutanées et sous-cutanées (*Ann. de Dermat. et de Syph.*, octobre 1913).

Weissenbach et Françon. — *Causes et traitement des rhumatismes chroniques* (Doin, 1928).

Weissenbach et Françon. — Disparition des calcifications péri-articulaires dans un cas de péri-arthrite scapulo-humérale bilatérale (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 33, séance du 28 nov. 1930, p. 1733).

Weissenbach, Vignal et Guillaumin. — Concrétions calcaires sous-cutanées des doigts associées à une acrocyanose permanente avec accès d'acrocyanose paroxystique. Étude biochimique (*Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, n° 7, juillet 1929).

Weissenbach, Truchot, Laudat, G. et M. Basch. — Un cas de concrétions calcaires de la sclérodermie. Variété miliaire avec expulsion précoce des concrétions. Étude biochimique (*Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, n° 5, mai 1931).

Weissenbach, Laudat, Truchot et Françon. — Rhumatisme chronique fibreux, sclérodermie et concrétions calcaires sous-cutanées. Étude radiologique et biochimique (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 17, p. 837, 1931).

M. P. Weil et Guillaumin. — Le sang des goutteux (*Journ. Méd. franç.*, p. 213, juin 1931).

M. P. Weil, Guillaumin et Weismann-Netter. — Le calcium et le magnésium sérique chez l'adulte normal, hypertendu et athéromateux (*C. R. de la Soc. de Biol.*, 24 mars 1923, p. 732).

M. P. Weil et Weismann-Netter. — Concrétions calcaires sous-cutanées et insuffisance thyro-ovarienne (*Ann. de Dermat. et Syph.*, déc. 1924, p. 274).

M. P. Weil et Weismann-Netter. — Deux nouveaux cas de concrétions calcaires sans sclérodermie (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 20 juillet 1931, p. 1449).

Wells. — Metastatic calcification (*Arch. Int. Med.*, t. XIV, p. 574, 1915).

Wells. — *Chemical Pathology*, Saunders, Philadelphie, 1920.

Werther. — Beginnende Sclerodermie mit periartikuläre Kalkeinlagerungen (*Ver. Dresden Dermat.*, 3 octobre 1928, in *Zentralbl. f. Hautkr.*, t. XXIX, p. 152).

Wildbolz. — Ablagerungen von Phosphaten und Karbonaten in Haut und Unterhaut Gewebe (*Coresp. f. Schw. Artzte*, 15 avril 1902).

Wildbolz. — Uber Bildung von phosphatensauren und kohlensauren Konkrementen in Haut und Unterhautgewebe (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. LXX, p. 435, 1904).

Wolf. — Le tophus goutteux (*Journ. Méd. franç.*, juin 1924).

Wolf et Vallette. — Goutte calcaire et sclérodermie dans leur rapport avec le métabolisme du calcium (*Revue de Médecine*, n° 9, p. 1121, 1926).

ANALYSES

des principaux travaux reçus en octobre 1932.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

A propos du traitement de l'épididymite blennorragique par les injections de vaccin dans la muqueuse urétrale avec quelques considérations sur la vaccination antiblennorragique en général, par J. E. MARCEL. *Annales des Maladies Vénériennes,* 27e année, no 10, octobre 1932, p. 725.

Étudiant le mode de traitement par la méthode de Poincloux, M. estime qu'on peut se passer de ce traitement violent, qui n'est pas spécifique et représente mieux une thérapeutique de choc. Il donne la préférence au traitement par le Propidon intramusculaire. Pour lui, la vaccinothérapie antiblennorragique a peu modifié la thérapeutique de cette affection. Elle n'empêche pas les complications dans les formes aiguës. Les lésions chroniques sont le plus souvent hors de sa portée. Dans les complications, associée à la protéinothérapie, elle a une heureuse influence sur l'évolution des prostatites, salpingites et rhumatismes gonococciques. Ces conclusions lui semblent pour le moment prudentes ; peut-être peuvent-elles aiguiller les chercheurs sur une voie différente, chimiothérapie par exemple, de façon à réduire au minimum le traitement local. H. RABEAU.

Considérations sur la réaction de Hecht, par W. LEVY. *Annales des Maladies Vénériennes,* 27e année, no 10, octobre 1932, p. 742.

L. montre les qualités et les défauts des réactions faites avec le sérum non chauffé, indique les diverses techniques de réaction et une technique personnelle qui lui a donné les résultats les meilleurs. La précocité d'apparition de la réaction, sa plus grande sensibilité, en font une méthode utile à la fois au début de la syphilis et aussi au cours du traitement dont l'action pourra ainsi être mieux appréciée.

H. RABEAU.

Erythrodermie bismuthique, par Druson et Deladrière. *Annales des Maladies Vénériennes,* 27e année, n° 10, octobre 1932, p. 772.

Malade en traitement pour un ulcère variqueux qui fait, 8 jours après la première injection de Quinby, un érythème généralisé ne laissant que de rares intervalles de peau saine, avec frissons, température à 40°6. La température persiste à 38° pendant une semaine, une fine desquamation furfuracée débute 4 jours après. Pas de liseré bismuthique, pas de bismuth dans les urines. Les auteurs estiment qu'il s'agit d'une érythrodermie médicamenteuse; survenue après 2 injections de Quinby. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux (Paris).

Les causes d'erreur dans le diagnostic entre les tumeurs ponto-cérébelleuses et la syphilis protubérantielle, par A. Sézary. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux,* 3e série, 48e année, n° 26, 31 octobre 1932, p. 1354.

S. apporte 2 observations montrant la valeur relative de l'examen du liquide céphalo-rachidien d'une part, et du traitement antisyphilitique d'épreuve d'autre part. Dans le premier cas, le diagnostic clinique nettement posé de tumeur ponto-cérébelleuse a été mis en échec par l'absence de stase papillaire pendant trois ans, les caractères du liquide céphalo-rachidien qui étaient identiques à ceux qu'on trouve dans la syphilis nerveuse, l'amélioration consécutive au traitement d'épreuve. Ultérieurement, la malade a été opérée avec succès. Dans le second cas, le traitement antisyphilitique amena une amélioration *temporaire* des troubles fonctionnels (surdité), et objectifs (stase papillaire).

H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Lésions alopéciques et exulcéreuses consécutives aux opérations de la deuxième paire rachidienne cervicale chez le chat, par E. A. Aubrun. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXI, n° 29, 3 octobre 1932, pp. 78-79.

Après section de la voie sensitive de la 2e paire rachidienne cervicale chez le chat, on observe fréquemment une hyperesthésie et du prurit, puis plus tard des plaques alopéciques ou exulcéreuses sur la région du dermatomère de cette racine, surtout dans les zones innervées à la fois par d'autres nerfs (IIIe cervicale et trijumeau).

La note ne précise pas nettement si les lésions cutanées paraissent uniquement subordonnées au grattage, comme une des phrases semble l'indiquer. A signaler aussi la différence des résultats suivant l'anesthésique employé. A. Bocage.

Lésions métastatiques de l'œil dans la syphilis expérimentale du lapin. par A. Bessemans et J. Van Canneyt. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXI, nº 29, 9 octobre 1932, pp. 161-164.

Les auteurs apportent le détail des cas qu'ils ont observés et signalent la fréquence des lésions de cet ordre dans les régions les plus froides de l'œil.

A. Bocage.

Effet de certaines blessures oculaires sur l'évolution locale et métastatique de la syphilis expérimentale, par A. Bessemans et Van Canneyt. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXI, nº 30, 14 octobre 1932, pp. 238-241.

Dans 3 cas sur 8, la ponction transcornéenne améliora l'évolution d'une kératite syphilitique ; dans 20 cas elle ne provoqua aucune modification d'évolution ; sur 78 blessures des yeux, 3 seulement furent suivies de métastases syphilitiques.

Dans l'ensemble, les traumatismes ne paraissent donc pas favoriser les localisations de la syphilis expérimentale du lapin.

A. Bocage.

Neutralisation du virus de la lymphogranulomatose inguinale (Maladie de Nicolas et Favre) par le sérum des malades en voie de guérison. Méthode de contrôle de l'intradermo-réaction de Frei, par F. Gottlieb. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CXI, nº 29, 3 octobre 1932, pp. 441-442.

Le sérum des malades guéris ou en voie de guérison mis en contact 48 heures à la glacière avec l'antigène de Frei (mélange à parties égales), neutralise cet antigène, rendant négative l'intradermo-réaction, alors que l'antigène pur ou mélangé à un sérum d'individu sain donne des résultats positifs.

A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Le traitement par l'électro-coagulation de certaines formes de tuberculose cutanée (lupus, tuberculose verruqueuse, ulcères tuberculeux), par Ducourtioux *Presse Médicale,* 40e année, nº 84, 19 octobre 1932, p. 1581.

Ravaut a exposé au IIIe Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française sa technique de traitement du lupus par l'électro-coagulation et les beaux résultats obtenus. C'est cette technique qu'utilise D. Il montre les diverses modalités de son emploi. L'électro-coagulation constitue un procédé pratique, rapide et toujours efficace des principales formes de tuberculose cutanée. C'est la seule méthode possible pour les malades habitant loin des grands centres médicaux.

H. Rabeau.

Sciences et Thérapeutique (Paris).

Bismuthothérapie antisyphilitique (Revue générale et données pratiques), par A. Galliot. *Sciences et Thérapeutique*, 2e année, no 10, 1er octobre 1932, pp. 1-12.

On y trouvera un tableau-répertoire des préparations bismuthiques classées d'après leur solubilité et leur composition chimique, avec indications du fabricant, du mode de présentation et du dosage des ampoules. A. Bocage.

Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux.

L'érythème desquamatif récidivant de l'aurothérapie, par Sabrazès. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 12 juin 1932, p. 370.

Observation d'une malade de 26 ans, tuberculeuse avec bacilles de Koch positifs dans les crachats, n'ayant jamais eu d'affections cutanées.

Après 10 injections de thiosulfate double d'or et de sodium de 5 centigrammes, apparaît un érythème brunâtre, pourpré, ecchymotique, desquamant en grands lambeaux, avec réaction ganglionnaire et douleurs arthralgiques.

Quelques mois après la guérison de ces accidents cutanés, on reprend l'aurothérapie par des injections intramusculaires de thiotropanol. Très rapidement, une érythrodermie généralisée apparaît très violente, accompagnée de fièvre, obligeant à arrêter le traitement.

L'auteur pense être en présence d'un phénomène de sensibilisation acquise plutôt que d'un phénomène d'idiosyncrasie. Il conseille de pratiquer cette thérapeutique prudemment. P. Vigne.

Hépatite grave d'origine novarsénobenzolée. Guérison, par G. Petges, A. Petges et C. Beaumont. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 7 août 1932, p. 498.

Les auteurs publient l'observation d'un malade de 28 ans, sénégalais, traité pour une syphilis ancienne à sérologie positive par du novarsénobenzol. Après la 2e injection (0 gr. 45) et après quelques jours de malaise et de céphalée, avec température graduellement croissante, on observe un foie augmenté de volume, très douloureux à la palpation, avec contracture abdominale. Rate non percutable. L'ictère est franc et les urines, peu abondantes, renferment une forte quantité de pigments et de sels biliaires. Avec une médication appropriée, l'évolution est favorable, mais le foie est resté gros, le malade a continué à maigrir. Les urines sont maintenant abondantes mais très foncées. Après une complication pulmonaire, *a frigore*, qui dure deux semaines, l'ictère disparaît et le malade est complètement guéri. L'évolution de cette hépatite a duré 50 jours.

Cette observation présente un triple intérêt clinique, pathogénique et thérapeutique. Au point de vue clinique, les accidents se sont mani-

festés le soir même de l'injection de o gr. 45 et pendant plus d'une semaine le diagnostic a été imprécis. On a pu craindre à un moment une évolution vers l'ictère grave, en raison du mauvais état général du malade.

Au point de vue pathogénique, les auteurs pensent qu'il s'agit d'un ictère toxique parce que, d'une part, le malade n'avait pas d'accidents syphilitiques en évolution et que, d'autre part, les accidents se sont développés graduellement pendant 8 jours, traduisant ainsi l'intoxication générale avant l'intoxication purement hépatique. Enfin, cet ictère a guéri simplement par la suppression du traitement par le novarsénobenzol.

Un fait intéressant à noter est que, au cours de la maladie, le Bordet-Wassermann est devenu positif sans que le malade ait reçu d'autre traitement spécifique depuis l'injection de o gr. 45 de novarsénobenzol qui a déclenché les accidents. P. VIGNE.

Syphilis ulcéro-gommeuse secondo-tertiaire et ostéopériostites syphilitiques, par G. PETGES, A. PETGES et G. BEAUMONT. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 14 août 1932, p. 518.

Observation très intéressante d'une malade de 54 ans présentant de multiples lésions ulcéro-gommeuses de la peau associées à des lésions ostéo-articulaires au niveau du sternum, du cou-de-pied et du coude. L'infection est relativement récente (3 ans maximum), aussi les auteurs considèrent-ils ces manifestations comme des accidents secondo-tertiaires au cours d'une syphilis à forte virulence et méconnue.

P. VIGNE.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

La fièvre comme traitement général de la blennorragie (Das Fieber als Ergänzungstherapie der Gonorrhoe), par T. PAWLAS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 40, 1er octobre 1932, p. 1439.

P. ayant constaté l'efficacité du Dmelcos dans une uréthrite rebelle au traitement local, a systématiquement traité ses malades par des injections intraveineuses de Dmelcos ou de vaccin antityphique. Dans les blennorragies uréthrales aiguës ou chroniques, peu d'action sur l'écoulement et sa formule bactériologique ou leucocytaire. Il a joint à la pyrétothérapie, la gonacrine à hautes doses et les sels d'argent avec succès. La blennorragie compliquée (arthrite, spermatocystite, épididymite) se montre au contraire sensible à cette thérapeutique P., chez les individus porteurs de lésions vésiculaires, a constaté très souvent la coloration jaune des spermatozoïdes, leur mort fréquente et même leur disparition, temporaire dans la plupart des cas (1 fois, aspermie 7 mois après le traitement par gonacrine). La malariathérapie rend souvent les malades rebelles ou résistants à la gonacrine comme aux sels d'argent. L. CHATELLIER.

Preuve de la disposition à l'eczéma de la peau chez l'individu sain ou atteint de dermatose et chez les allergiques ; sa valeur pratique (Zur Prüfung der Ekzembereitschaft bei Hautgesunden, Hautkranken und Allergikern ; ihre praktische Bedeutung), par E. Zitke. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 40, 1er octobre 1932, p. 1425.

Non seulement les substances chimiques, responsables de la plupart des eczémas professionnels, mais les actions physico-thermiques peuvent provoquer une poussée chez les eczémateux. La sensibilisation, d'abord, à quelques substances, s'étend ensuite à d'autres produits toxiques. Ainsi l'extrait de squames humaines ne saurait être considéré comme une substance eczématogène spécifique, mais, d'après Z., son action peut être utilisée comme test d'une certaine disposition à l'eczéma. Chez l'individu non eczémateux, l'auteur a obtenu 13,8 o/o de réactions positives, ce qui témoigne d'une disposition latente à l'eczéma. Cette épreuve peut donc servir à écarter des professions sensibilisantes les individus sains avec réaction positive à cet extrait.

L. Chatellier.

Les variations de la teneur en graisse des glandes eccrines au cours des maladies internes (Die Ænderungen des Fettgehaltes der ekkrinen Drüsen bei inneren Drüsen), par T. Wlassics. *Dermatologische Wochenschrif*, t. XCV, no 41, 8 oc'obre 1932, p. 1476, 2 fig.

Au début des maladies aiguës, la teneur en graisse des glandes eccrines augmente au point que la zone apicale des cellules est gorgée de gouttelettes graisseuses, ce qui donne à la glande un aspect voisin des glandes sébacées.

Chez les tuberculeux chroniques, la teneur des glandes est constamment augmentée. Parallèlement à cette accumulation, il y a accroissement de l'excrétion de la graisse. La coloration de la graisse peut donc servir à établir l'augmentation ou la diminution des fonctions glandulaires.

L. Chatellier.

Le transport des lipoïdes des cellules épidermiques dans le sang (Der Transport von Lipoiden aus den Zellen der Epidermis in das Blut), par T. Wlassics *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 41, 8 octobre 1932, p. 1477, 1 fig.

Dans les maladies chroniques, on trouve dans le derme, dans le tissu réticulo-endothélial en particulier, des lipoïdes. Dans les maladies aiguës, peu ou pas de lipoïdes, ni dans l'épiderme ni dans le derme. Chez l'individu sain, la teneur en lipoïde est moindre que dans les maladies aiguës. Il résulte donc des recherches de l'auteur qu'il y a un transport de lipoïdes de l'épiderme dans le derme, et vice-versa. Dans les maladies aiguës, les cellules du système réticulo-endothélial servent au transfert dans le sang circulant des lipoïdes épidermiques.

L. Chatellier.

Trichobasaliome cystique annulaire (Trichobasalioma cysticum annulare), par L. N. Maschkilleisson et I. Per. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 41, 8 octobre 1932, p. 1479, 2 fig.

Cette tumeur est l'épithéliome adénoïde cystique de Brook. Les auteurs en rapportent 3 nouvelles observations russes, intéressantes par la disposition annulaire des lésions qui résulte de la coalescence d'éléments isolés et par la présence constante de dilatations kystiques. Le microscope montre que kystes et bourgeons épithéliaux se forment aux dépens des gaines épithéliales des poils. L. Chatellier.

Découverte des éléments dans les tissus. IIIe Mémoire : Sur la question de l'argyrose, en particulier sur la découverte spectrographique de l'argent dans la peau (Der Elementnachweis im gewebe. III Mitteilung : Zur Frage der Argyrosen, insbesondere über den spektrographischen Silbernachweis in der Haut), par Walther et Werner Gerlach. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 42, 15 octobre 1932, p. 1497, 4 fig.

Article technique où les auteurs, après avoir exposé les méthodes employées pour l'analyse spectrale des corps, les difficultés de chacune, en particulier dans l'analyse spectrale des tissus ou des excrétions, rapportent les observations cliniques et leurs constatations physiques dans les cas d'argyrose. Par la méthode de la haute fréquence, seule utilisable pour les produits organiques, ils ont réussi à mettre en évidence les raies d'absorption de Hg dans la peau, l'écorce rénale, la surrénale, les testicules, le tissu cellulaire, le cœur.

L. Chatellier.

Epreuve cutanée par les papules colorées (Die Hautprüfung mittels der Farbquaddeln), par R. V. Leszczinski. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 42, 15 octobre 1932, 5 fig.

L'injection intradermique de solutions salées diverses constitue un moyen d'exploration fonctionnelle de la peau, communément employé. L'auteur a utilisé une solution de bleu de trypan à 2/10.000e. Il a exploré ainsi toute la surface du tégument chez l'individu normal. Il a pu ainsi reconnaître trois types principaux de papules normales : l'un au niveau de la peau du dos, l'autre au niveau de la peau des membres, le troisième sur les extrémités. Dans le type dorsal, la matière colorante reste dans les limites de la papule ; dans le deuxième, il se forme une efflorescence colorée ronde ou ovalaire. Sur les pieds et les mains, la papule se résorbe en 24 heures. Entre ces trois formes papuleuses, il existe des transitions tenant au siège (épaule, aisselle, fesses, aines) et des variations individuelles. Les papules périphériques sont toujours plus pâles. L. Chatellier.

Sur l'observation microscopique des cultures de champignons (Ueber die mikroskopische Betrachtung von Pilzkulturen), par W. Engelhardt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 43, 22 octobre 1932, p. 1546, 2 fig.

En mycologie, il est souvent nécessaire de compléter l'examen mor-

phologique macroscopique par une étude microscopique des cultures fraîches. Voici le procédé simple proposé par E. Outre l'ensemencement habituel sur milieu en tube, E. ensemence une mince lame de gélose en boîte de Pétri, avec les produits à examiner (poils) finement coupés. Quand apparaît la première culture, il enlève avec un couteau stérile un fragment de la culture avec sa gélose ; il porte le tout sur une lame stérile recouverte d'une lamelle, qu'il soumet à une chaleur douce jusqu'à fusion de la gélose. Par pression douce, il étale gélose liquide et culture et laisse refroidir. Les examens microscopiques, même aux très forts grossissements, deviennent alors faciles.

L. Chatellier.

Notions fondamentales sur la malaria thérapeutique (Gründsätzliches zur therapeutischen Malaria), par E. Martin. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 43, 22 octobre 1932, p. 1548.

On croit généralement que la fièvre paludéenne tierce est inoffensive pour la population. M. souligne dans cet article qu'une telle opinion est fausse. La fièvre tierce peut donner naissance à un paludisme chronique, plus ou moins latent, malgré la quinine. Le paludisme thérapeutique aggrave les maladies latentes (tuberculose, par exemple). La contamination de l'entourage ou de la population est certes, en ville surtout, rarement réalisée ; elle devient plus facile quand le malade est remis en liberté ; elle n'en est pas moins prouvée aujourd'hui, car les rechutes sont virulentes et peuvent infester les anophèles qui manquent rarement. L'aspect clinique revêt parfois des aspects les plus variés, surtout chez l'enfant. Conclusion : il convient de ne pas abuser de la malariathérapie, de surveiller les malades inoculés et de protéger les individus sains.

L. Chatellier.

Etude histologique des formations vasculaires en tumeur d'origine nævique, ayant la structure hémangio-endothéliome (Zum histologischen Studium der gefässtumorartigen Bildunger nävoider Herkunft vom Bau eines Hämangioendothelioms), par J. Per. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 44, 29 octobre 1932, p. 1569, 3 fig.

Chez un homme de 29 ans, existe au niveau du tragus une tumeur muriforme, qui a débuté à l'âge de 8 ans. Au microscope, elle est constituée par un lacis de capillaires dont l'endothélium prolifère au point de constituer des nappes cellulaires, qu'on trouve jusque dans le derme profond. C'est la structure de l'endothéliome ; ces tumeurs sont rares dans la peau.

L. Chatellier.

Sur la spécificité de la réaction de Frei (Zur Spezificität der Lymphogranuloman inguinale-Reaktion), par W. Frei. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 44, 29 octobre 1932, p. 1575.

A propos des publications récentes de l'École Lyonnaise, F. maintient que la réaction obtenue par injection de l'antigène ganglionnaire est spécifique. Il discute les résultats des auteurs lyonnais et rappelle

que seules les réactions sont valables, que l'antigène souillé peut donner des réactions précoces, qui elles ne sont pas spécifiques, que la lymphogranulomatose inguinale peut être associée à d'autres infections (syphilis, tuberculose, etc.) capables de modifier les réactions allergiques des sujets. Une réaction négative n'autorise pas à exclure la lymphogranulomatose, ce qui s'applique en particulier à l'éléphantiasis génito-rectal, où les réactions négatives sont du reste rares.

L. Chatellier.

Medizinische Praxis (Dresde).

Syphilis du cœur et des vaisseaux (Syphilis des Herzens und der Gefässe), par E. Stadler. *Medizinische Praxis*, t. XVI, 1932, 82 p. et 4 planches.

Ce fascicule fait partie d'une collection destinée au praticien. Il est pour nous particulièrement intéressant, non seulement à cause d'une rédaction claire et précise, mais principalement parce qu'il met le lecteur français au courant de données récentes dont un certain nombre sont plus connues en Allemagne que chez nous. Sauf en ce qui touche l'étude, ici trop réduite, des artérites et des phlébites périphériques, le petit livre est fort utile pour la connaissance des lésions et troubles cardiaques et aortiques.

S. résume les travaux récents qui tendent à mettre en évidence l'existence de troubles et de lésions vasculaires et cardiaques extrêmement précoces, celles de nombreux accidents vraisemblablement cardiaques ou circulatoires, éphémères d'ailleurs, pendant la période dite secondaire. D'abondantes données anatomo-pathologiques et un grand nombre de recherches cliniques (dont les recherches à propos des anomalies tensionnelles) permettent de donner un développement considérable à l'étude des lésions tardives de toute espèce. D'après S., le pronostic des cardio-aortites bien traitées (néosalvarsan en particulier) est plutôt favorable. S. se préoccupe aussi du pronostic lointain. Certaines statistiques l'amènent à se demander si le traitement est tout dans le pronostic de la syphilis et s'il ne faut pas souvent faire jouer un grand rôle à l'efficacité de la défense individuelle spontanée.

En résumé, excellent petit livre pour connaître l'état sommaire de cette question, telle qu'elle est envisagée principalement en Allemagne. (Il serait bien intéressant de voir si la situation cardio-vasculaire des syphilitiques est la même chez nous qu'outre-Rhin. Cela n'est nullement prouvé : on sait depuis longtemps que les anévrysmes sont beaucoup plus rares en France qu'en Angleterre. — N. d. T.)

Ch. Audry.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Nouvelles recherches sur le métabolisme de l'eau dans la peau au moyen de « l'épreuve des trois papules » (Weitere Untersuchungen über den Wasserhaushalt der Haut mittels des « Dreiquaddelversuches »), par D. Aldersberg et A. Perutz. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, n° 41, 7 octobre 1932, p. 1246.

L'épreuve des 3 papules (injection intradermique de sérum physiologique, du sérum du malade et d'aolan) renseigne sur la résorption des colloïdes, des cristalloïdes et de leur mélange chez l'homme et l'animal. Il existe dans la vitesse de résorption des variations individuelles et des variations consécutives à l'injection intraveineuse de solutions glucosées et salées, après le salyrgan et la pituitrine (accélération de la résorption). La pituitrine (vaso-constricteur) et la théophylline (vaso-dilatateur) ont même action : il intervient donc un « facteur tissulaire ».

L. Chatellier.

Prensa Medica Argentina (Buenos-Aires).

Premières observations argentines de la maladie de Schamberg (Primeras observaciones argentinas de enfermedad de Schamberg), par Carlos Seminario et E. R. Galvina Alvarado. *La Prensa Medica Argentina*, 18e année, 20 mai 1932, n° 35, p. 1678, 11 fig.

C. S. et G. A. ont eu l'occasion d'observer et d'étudier au point de vue clinique et histo-pathologique deux malades atteints de dermatose pigmentaire progressive de Schamberg. Ils ont vérifié qu'il s'agissait d'un pigment ferrique d'origine sanguine, l'hémosidérine, décelable par des réactions chimiques spécifiques (ferrocyanure de potassium et acide chlorhydrique).

Les deux observations se rapportent à des hommes jeunes. Les lésions sont localisées sur les membres et occupent plus spécialement les membres inférieurs. Les malades présentent de discrètes extravasations sanguines donnant lieu macroscopiquement à de petites taches roussâtres caractéristiques, grosses comme la pointe ou comme la tête d'une épingle.

Chez l'un d'eux, on a constaté une labilité endothéliale manifeste, démontrée par l'épreuve de Rymple Leed ou du lacet, et par l'épreuve de l'érythème actinique (épreuve de l'auteur). Un seul malade présente une légère lymphocytose avec éosinophilie.

Un examen clinique complet permet de déceler chez l'un des sujets un terrain prédisposé à la tuberculose et chez l'autre une tuberculose torpide stationnaire ou très faiblement évolutive.

Le terrain bacillaire et la labilité endothéliale constituent des facteurs prédisposants à l'hémosidérose. Sur ce terrain agissent des causes déterminantes telles que le traumatisme (pressions, frottements, variations de la température externe, etc.).

Les auteurs ne croient pas à l'intervention de parasites comparables à ceux qui, d'après Ramel, de Lausanne, provoqueraient la dermite pigmentaire et purpurique des jambes variqueuses. Les cultures en milieu de Sabouraud n'ont pas permis de déceler de champignons dans les plaques pigmentaires.

Ils admettent l'existence d'un facteur interne agissant par voie hématogène pour produire les extravasations sanguines initiales. La tuberculose pourrait être en cause. J. Margarot.

São Paulo Medico.

Erythème noueux chez un sujet atteint de maladie de Hansen (Sindrome de eritema nodoso num doente portador de mal de Hansen), par Sylvio Ribeiro de Souza. *São Paulo Medico*, 5e année, vol. I, mai-juin 1932, nos 1-2, p. 5.

Un malade présente un érythème noueux à début brusque, accompagné de douleurs articulaires, d'élévation thermique et d'une adénopathie importante. On pense à une origine rhumatismale qui n'est pas vérifiée. L'hypothèse d'une relation du syndrome avec la tuberculose ne peut être davantage établie. La réaction de Mantoux est négative.

Connaissant la possibilité d'une relation étiologique de l'érythème noueux avec la lèpre, l'auteur a la curiosité de rechercher le bacille de Hansen dans le mucus nasal. Le résultat est positif. Une ponction ganglionnaire permet de déceler le même germe.

Une anamnèse plus rigoureuse et un examen plus attentif confirment l'existence d'une lèpre ayant motivé, onze ans auparavant, l'isolement du sujet. J. Margarot.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Quelques données relatives à la framboesia expérimentale et observations sur son traitement (Algunos datos acerca de la framboesia experimental y observaciones sobre su tratamiento), par Erich Hoffmann. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année octobre 1932, no 1, p. 3, 2 fig.

Le spirocheta frambœsiae (pertenuis) et le *spirocheta luis (pallida)* se non identiques. Chacune d'elles conserve ses caractères propres dans l'expérimentation sur l'animal aussi bien chez le singe que chez le lapin.

La frambœsia se caractérise par sa tendance à réaliser des formations granuleuses telles que le chancre papillomateux et la péri-orchite granuleuse.

Le *spirocheta frambœsia (pertenuis)* et le *spirecheta luis (pallida)* se ressemblent tellement qu'il est impossible d'en faire la différenciation morphologique. Le premier se montre cependant plus sensible aux composés salvarsaniques et possède en outre un ectodermotropisme plus marqué.

Deux données nouvellement acquises doivent être mises en évidence : on trouve une coloration verdâtre sous les croûtes des papules secondaires de la frambœsia développées sur le scrotum du lapin. Les médecins malais attachent une importance diagnostique à ce caractère dans l'infection humaine.

En second lieu, une phlébite nodulaire accompagne la péri-orchite granuleuse du lapin. Elle n'avait pas encore été décrite.

La grande analogie qui existe entre la frambœsia et la syphilis, les excellents et durables résultats obtenus dans cette dernière affection par un traitement précoce et intensif sont en faveur d'une thérapeutique analogue dans la frambœsia. Une même lutte systématique semble possible pour la stérilisation rapide des malades contagieux.

J. Margarot.

Contribution à la pathogénie de la pellagre. Importance de la lumière solaire (Contribution à la patogenia de la pelagra. Importancia de la lusolar), par H. Gougerot et Jean Meyer. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, n° 1, octobre 1932, 25e année, p. 9, 1 fig.

La pathogénie de la pellagre est encore très discutée. Un certain nombre de données cliniques et expérimentales, tout insuffisantes qu'elles soient pour l'établissement d'une théorie définitive, permettent cependant de poser quelques jalons dans cette étude.

Il existe à côté de la pellagre classique, caractérisée par la triade des troubles cutanés, nerveux et digestifs, des érythèmes pellagroïdes qui, à l'heure actuelle, paraissent reliés à la véritable pellagre par de nombreuses formes de transition. De simples différences de degré séparent les manifestations cutanées. On peut en conclure que la pellagroïde est une pellagre incomplète, atténuée et sans phénomènes viscéraux.

L'expérimentation permet de préciser certains faits. L'irradiation artificielle de la peau saine chez les pellagreux donne lieu à un érythème sous l'influence de doses très variables. Chez un sujet normal de résistance cutanée moyenne, l'érythème demande une irradiation de 2 à 5 minutes. Chez les pellagreux, l'érythème a été obtenu dans un cas en moins d'une minute, dans deux en plus de 18 minutes et dans trois autres en 13 minutes.

La pigmentation varie comme l'érythème. Rapide et franche chez le premier malade, nulle chez deux autres, débile et tardive dans le troisième groupe.

Les variations saisonnières de la résistance cutanée ont été étudiées chez un malade. L'érythème a demandé 13 minutes en octobre, 7 en novembre, 18 en mars et plus de 18 en juillet. Cette variabilité, marquée par une légère diminution en hiver, contraste avec la constance relative de la sensibilité à la lumière des sujets normaux.

L'irradiation des parties malades n'a donné lieu à aucune réaction anormale chez un malade hypersensibilisé. Elle a été suivie d'une amélioration chez un malade hyposensibilisé. Dans le voisinage immédiat

des parties malades, la peau réagit normalement suivant l'intensité des irradiations.

La lampe utilisée est la lampe à vapeur de mercure ; l'arc polymétallique paraît doué d'une action très semblable. L'infra-rouge des lampes à incandescence est bien toléré et améliore les lésions.

L'exposition au soleil n'est pas absolument identique à l'irradiation artificielle. C'est ainsi qu'une malade, très peu sensible aux foyers lumineux artificiels, donne un érythème bulleux après une exposition solaire.

Il est probable que la peau des pellagreux réagit à une symbiose de radiations qui forment le spectre d'absorption d'une certaine substance et qui sont fournies par le soleil mieux que par les moyens artificiels. Les ultra-violets, les rayons visibles et les infra-rouges doivent remplir dans cette symbiose un rôle qu'il est complètement impossible de préciser. Sa connaissance ferait faire un grand pas à la détermination par son spectre d'absorption de la substance sensibilisatrice.

J. Margarot.

Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien, principalement dans la syphilis au moyen de la coloration vitale (Contribucion al estudio de la citologia del liquido céfalorraquideo, principalmente en la sifilis mediante coloracion vital), par Manuel Gonzalez Rey. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, octobre 1932, n° 1, p. 22, 1 fig.

La coloration vitale avec le vert méthyle-pyronine est, à l'heure actuelle, le procédé de choix pour l'étude de la cytologie du liquide céphalo-rachidien.

Les formules caractérisées par l'augmentation des grands mononucléaires traduisent des réactions méningées, mais ne nous fixent pas sur la nature des causes variables qui peuvent les produire. La résistance des cellules à l'imprégnation et le polymorphisme nucléaire ne font que confirmer ces réactions.

Les formules caractérisées par la présence de cellules plasmatiques n'appartiennent pas exclusivement à la paralysie générale progressive, ni même aux processus syphilitiques en général, mais dans la démence paralytique non traitée, elles sont si constantes que leur absence constitue un sérieux argument contre ce diagnostic.

Les cellules cyanophiles coexistent dans la majorité des cas avec des lésions du parenchyme nerveux cliniquement démontrables.

J. Margarot.

Etude de l'allergie dans un cas d'eczéma des bucherons (Estudio de la alergia en un caso de eczema de los leñadores), par A. Navarro Martin et J. Torres Ordax. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, octobre 1932, n° 1, p. 41.

Un bucheron atteint de dermite papulo-vésiculeuse a été soumis à des épreuves eczématogènes. Sur la peau de la poitrine ont été appli-

qués pendant 40 heures et séparément, du bois et de l'écorce de hêtre, de rouvre et de châtaignier.

Les résultats ont été négatifs ainsi que ceux d'une application de tanins purs.

Par contre, les essais de transmission passive de la sensibilité par les méthodes de Praussnitz-Kütsner et celles de Lehner et Rajka se sont montrés positifs pour le bois de châtaignier .

Deux sujets reçoivent des injections intradermiques de 2/10e de centimètre cube de sérum du malade à un bras et d'un sérum normal à l'autre.

24 heures après on injecte au même endroit 2/10e de centimètre cube d'une macération de divers bois pendant 24 heures (tyndallisée).

Il se produit sur l'endroit sensibilisé, 5 minutes après l'injection, une réaction urticarienne sous la forme d'une papule du diamètre d'une pièce de 5 centimes entourée d'un halo érythémateux d'un centimètre de largeur. 30 minutes après, la réaction a disparu. Du côté témoin on n'observe aucune réaction. J. MARGAROT.

A propos d'un cas de lèpre avec lésions ouvertes (Con motivo de un caso de lepra con lesiones arbiertas), par Francisco LOPEZ MUELLEDES. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 1, octobre 1932, p. 44, 6 fig.

L'auteur exerce depuis treize ans la dermatologie à Salamanque et présente le premier cas de lèpre qu'il a observé dans cette province, d'ailleurs connue pour n'être pas entachée de cette maladie, bien qu'on ait déjà signalé un foyer insignifiant dans la Sierra de Sequeras.

Il s'agit d'un naturel de la province, mais qui a vécu pendant 12 ans à La Havane, atteint d'une lèpre tubéreuse très grave. Le sujet a cohabité pendant cinq ans dans une maison très insalubre avec plusieurs personnes. Aucune d'elles ne présente, soit au point de vue clinique, soit après diverses recherches de laboratoire, le moindre signe de lèpre. J. MARGAROT.

Aphtes cataméniaux (Aftas catameniales), par CAMILO LOSADA *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, octobre 1932, n° 1, p. 59.

On a observé parfois chez quelques femmes, au moment de la menstruation ou quelques jours avant, des petites ulcérations de la cavité buccale, sur les bords de la langue. Elles débutent par des taches blanchâtres qui s'ulcèrent le jour même où apparaissent les règles. La fièvre est exceptionnelle. Les malades sont inquiètes, nerveuses. Quelques-unes se plaignent d'oppression de la région précordiale, bien que le rythme cardiaque ne présente aucune modification.

Ces troubles s'observent surtout au voisinage de la ménopause.

J. MARGAROT.

Ecos espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Xeroderma pigmentosum retardé héréditaire (Xeroderma pigmentosum retardado hereditadio), par Xavier Vilanova. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, septembre 1932, no 84, p. 57.

Un malade de 68 ans présente des lésions caractéristiques (cliniques et histologiques) de *xeroderma pigmentosum*. On met facilement en évidence chez lui une hypersensibilité à la lumière solaire. On trouve plusieurs cas de cette affection dans sa famille et uniquement dans la lignée paternelle. Un arbre généalogique établit l'existence d'un *xeroderma* chez le père et un oncle du sujet, chez un de ses frères, chez un de ses cinq enfants et chez un de ses cousins germains.

L'intérêt pratique de ces faits réside dans la connaissance de la transmission héréditaire. Elle rend possible la protection des membres de cette famille contre le *xeroderma* lui-même et contre sa complication ultime : l'épithélioma. J. Margarot.

Sur l'étiologie du mycosis fongoïde (Sobre la etiologia del micosis fungoide), par J. Cabre Claramunt. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, septembre 1932, no 84, p. 35.

L'auteur discute les principales théories qui ont été proposées. Il rappelle les expériences de Mme Chevrel, qui a déterminé par inoculation au cobaye et au lapin des lésions nodulaires semblables à celles du mycosis et paraissant dues à un coccobacille du groupe des pseudotuberculoses, et conclut que la théorie infectieuse est actuellement la plus plausible. J. Margarot.

Dermites artificielles de cause peu fréquente (Dermitis artificiales de causa poco frecuente), par Alvarez Sainz de Aja. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, septembre 1932, no 84, p. 3.

A côté des éruptions artificielles en rapport avec le nombre toujours croissant des substances utilisées dans l'industrie, il en est qui résultent de la manière de se vêtir et sont la rançon de la mode.

On trouve dans ce groupe les dermites du front et de l'occiput causées par la coiffure chez l'homme et chez la femme, les éruptions provoquées par des bracelets et par le métal des montres fixées sur le poignet.

Une tache sombre et parfois un eczéma peuvent apparaître dans la fossette sus-sternale au point de contact du bouton qui fixe le col.

Chez les femmes, certaines lésions des cuisses sont dues au frottement du métal des jarretelles qui fixent les bas au corset. Chez les hommes, les caleçons courts laissent en contact la partie inférieure de la cuisse et supérieure de la jambe avec l'étoffe du pantalon. Il peut en résulter une dermite érythémateuse et pigmentaire.

J. Margarot.

Réactions allergiques dans l'enfance. Considérations étio-pathogéniques et thérapeutiques (Reacciones alergicas en la infancia. Consideraciones etiopatogenicas y terapeuticas), par S. Noguer-More. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*; 7e année, septembre 1932, no 84, p. 63.

De nombreuses dermatoses et en particulier certains eczémas de l'enfance tels que les croûtes de lait, les éruptions papuleuses des fesses, ne doivent être considérées comme des dermites d'origine purement exogènes qu'au début de leur évolution. Très peu de temps après, à la réaction initialement locale d'origine microbienne ou chimique, succède une réaction générale en rapport avec un état de sensibilisation ou d'allergie cutanée.

N.-M. rattache à un état allergique des cellules épidermiques diverses réactions cutanées nées du contact des régions génitales et fessières avec des micro-organismes d'origine intestinale jouant le rôle d'antigène. La cytoclasie des cellules épidermiques provoque des érythèmes prurigineux ou des eczémas vésiculeux véritables.

D'autres dermatoses sont liées à un état allergique des cellules dermiques. En pareil cas l'antigène est apporté aux cellules dermiques par le sang. Il en résulte un érythème avec œdème : c'est la papule urticarienne.

Expérimentalement, on peut distinguer l'urticaire résultant de l'ectoclasie des cellules dermiques en état d'allergie, de l'urticaire de la crise hémoclasique qui peut se produire sans sensibilisation préalable.

Dans le premier cas, la cuti-réaction est positive ; dans le second cas, elle est négative. Entre l'état allergique des cellules épidermiques et l'état allergique des cellules dermiques existent des processus intermédiaïres d'allergie pigmentaire.

L'auteur a étudié cet état d'hypersensibilisation élective des cellules cutanées à l'aide de différents antigènes utilisés soit comme tests eczématogènes, soit en cuti-réactions.

Il a obtenu dans différents cas des cuti-réactions positives avec les substances grasses du lait, avec le jaune d'œuf, avec de la mie de pain, avec un vaccin intestinal.

L'orientation thérapeutique actuelle dans les dermatoses allergiques de l'enfant doit associer la lutte contre les causes générales d'allergie (parmi lesquelles la syphilis héréditaire de seconde génération est au premier plan et la tuberculose au second plan) et les diverses méthodes de désensibilisation (spécifique ou non spécifique).

J. Margarot.

Dermites produites par la novocaïne (Dermitis producida por la Novocaina), par Antonio Carreras. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, septembre 1932, no 84, p. 87.

Un dentiste, utilisant la novocaïne comme anesthésique local, présente une éruption papulo-vésiculeuse des mains qui, malgré tous les traitements, s'infiltre et devient verruqueuse, mais disparaît rapide-

ment dès que le malade se protège de tout contact avec cette substance au cours du travail professionnel.

Chez un second stomatologiste, utilisant lui aussi la novocaïne, une éruption érythémateuse kératosique des mains, considérée comme une kératodermie palmaire, est traitée sans résultat par divers topiques et par la radiothérapie. L'affection disparaît au cours d'un voyage pendant lequel tout travail professionnel est supprimé.

Les épreuves de Egmann (frictions à l'avant-bras avec une solution de novocaïne) donnent une éruption vésiculeuse très prurigineuse d'une durée d'une huitaine de jours. J. Margarot.

Le problème de la lèpre suivant notre expérience personnelle et en réponse à l'enquête de la Société des Nations (El problema de la lepra segun nuestra experiencia personal y en contestacion a la encuesta de la Sociedad de Naciones), par Jaime Peyri. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, septembre 1932, no 84, p. 91.

L'auteur répond aux diverses questions posées par la Société des Nations. Il apporte des données statistiques et épidémiologiques, des renseignements relatifs aux léproseries, aux dispensaires, ainsi que ses conclusions personnelles sur la diététique et le traitement.

Le caractère documentaire de ce travail rend son analyse difficile. Nous nous bornons à signaler que la statistique personnelle de l'auteur porte sur 240 cas. La maladie est surtout observée sur les côtes et sur les rives des grands fleuves. La contagion a été particulièrement notée chez des sujets mariés dont le conjoint était atteint de lèpre.

J. P. distingue à côté de la lèpre anesthésique une forme maculeuse en rapport avec une infection atténuée, arrêtée à son stade initial.

L'évolution est, suivant les cas, typique ou atypique. J. P. admet l'existence d'une échelle de réceptivité allant des formes maculeuses et nerveuses primitivement localisées aux formes maculeuses à éléments dispersés, aux formes anesthésiques, aux formes tubéreuses communes et aux formes tubéreuses aiguës et subaiguës. J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Considérations sur l'état actuel de la sérologie de la syphilis (Considerations of present status of serology of syphilis), par Kahn. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, no 4, octobre 1932, p. 597.

Une Conférence pour l'étude de la sérologie de la syphilis a eu lieu à Montevideo, sous les auspices du Comité d'Hygiène de la Société des Nations, en septembre 1930. Cette Conférence faisait suite à celle de Copenhague de mai 1922.

K. expose les résultats de cette Conférence en ce qui concerne les réactions dont il est l'auteur.

De même qu'à Copenhague, à Montevideo, quatre réactions seulement ont été reconnues parfaitement spécifiques et parmi elles la réaction

standard de Kahn qui a eu, de plus, la supériorité d'être de 15, 17 et 28 o/o plus sensible que les autres.

Les méthodes les plus sensibles sont habituellement celles qui donnent le plus fort pourcentage de réactions non spécifiques. A Montevideo, la seule méthode qui fut plus sensible que le Kahn, la méthode de Moreau, a donné 42 résultats positifs erronés sur 304 sérums non syphilitiques. Dans les mêmes conditions, la méthode de clarification de Meinicke a donné 7 réactions non spécifiques mais était de 3 o/o moins sensible que la réaction de Kahn.

La réaction dite présomptive de Kahn (*presumptive test*) a été étudiée parallèlement : elle a donné trois réactions non spécifiques sur 304 sérums non syphilitiques, mais s'est montrée de 18 o/o plus sensible que la réaction standard de Kahn.

Les conclusions du rapport à la Société des Nations, à la suite de la Conférence de Montevideo, étaient donc les suivantes : « La majorité des sérologistes ayant pris part à la Conférence de Montevideo ont été d'accord pour reconnaître que la réaction de Kahn, pratiquée par le professeur Kahn lui-même, est absolument spécifique, extrêmement sensible et qu'elle a été la meilleure de celles qui ont été démontrées à la Conférence. »

La réaction présomptive de Kahn a été ainsi appelée parce que, particulièrement sensible, elle est susceptible de donner quelquefois des réactions non spécifiques. Elle est de 18 o/o plus sensible que la réaction standard de Kahn et de 9 à 66 o/o plus sensible que les autres méthodes. Elle a donné 3 résultats non spécifiques sur 304 sérums examinés, alors que la moyenne des résultats non spécifiques donnés par les autres méthodes a été de 15.

En ce qui concerne l'examen du liquide céphalo-rachidien, la réaction standard de Kahn s'est montrée parfaitement spécifique ; la réaction présomptive a donné 4 résultats non spécifiques sur 200. Le rapport officiel déclare : « Seulement deux méthodes exposées ont été absolument spécifiques : la méthode standard de Kahn et celle de Wyler ; la réaction de Kahn a été la plus sensible. »

En ce qui concerne la signification des réactions négatives, K. rappelle qu'à Copenhague la méthode la plus sensible a décelé seulement 64,5 o/o des cas de syphilis. A Montevideo, la réaction présomptive de Kahn étant la plus sensible, 75 o/o de cas de syphilis ont pu être décelés. Il n'existe donc pas de réaction, aussi sensible soit-elle, qui soit capable de déceler tous les cas de syphilis. S. Fernet.

Sycosis parasitaire de la lèvre supérieure (Tinea barbae of the upper lip), par Davidson et Dowding. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 4, octobre 1932, p. 660.

A l'occasion d'un cas, D. et D. font remarquer que le sycosis parasitaire isolé de la lèvre supérieure a été pendant longtemps une rareté

et qu'il devient assez fréquent maintenant que la mode oblige à raser la moustache. S. FERNET.

Nævus sebaceus de Jadassohn, par ROBINSON. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 4, octobre 1932, p. 664.

Le nævus sébacé de Jadassohn n'est pas l'adénome sébacé de Balzer, Pringle, Hallopeau-Leredde. C'est l' « adénome sébacé circonscrit » non symétrique d'Audry, plaque de papules conglomérées composées d'énormes glandes sébacées.

R. décrit quatre cas qui montrent que le diagnostic peut présenter des difficultés et qu'on peut confondre cette lésion avec un nævus verruqueux, un xanthome ou un leiomyome.

Le nævus sébacé se présente comme une plaque circonscrite, ferme, jaune, dont la surface vallonnée est composée de papules agglomérées. Il est habituellement unilatéral et siège sur le cuir chevelu, à la face, surtout sur les régions pariétale, frontale ou préauriculaire. Comme tous les nævi, il est habituellement congénital mais peut apparaître à tout âge. On n'a jamais observé de dégénérescence maligne de ces nævi ; dans un des cas cités par D. et D., une partie du nævus était occupée par un épithélioma baso-cellulaire dont la provenance épithéliale a pu, cependant, être démontrée histologiquement.

S. FERNET.

Epidermomycose des pieds ; traitement par les fumigations formolées des chaussures (Fungus infection of the feet. Fumigation of shoes with formaldehyde as a mean of treatment), par HENDERSON. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, n° 4, octobre 1932, p. 710.

Le traitement proposé par H. consiste à placer toutes les nuits les chaussures dans une boîte métallique hermétique contenant un récipient rempli de formol. Le cuir absorbe les vapeurs de formol pendant la nuit et l'élimine ensuite lentement dans la journée, les pieds étant chaussés. Il est recommandé d'avoir deux paires de chaussures pour pouvoir les laisser 10 à 16 heures à l'action du formol.

Ce procédé de désinfection des pieds guérit les épidermomycoses, désodorise les chaussures et les pieds et s'oppose aux réinfections par les chaussures contaminées. Il est regrettable que H. ne l'ait expérimenté que dans deux cas. S. FERNET.

L'histogenèse de la sarcomatose multiple idiopathique hémorragique de Kaposi (Histogenesis of multiple idiopathic hemorrhagic sarcoma of Kaposi), par DORFFEL (de Königsberg). *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 4, octobre 1932, p. 604, 8 fig.

La proximité de la Russie et de la Pologne a permis à D. d'étudier 16 cas de sarcomatose de Kaposi. Son travail, exclusivement histologique, l'amène à concevoir la sarcomatose de Kaposi comme une maladie du système réticulo-endothélial. Les principaux arguments invoqués sont les suivants : le système vasculaire est altéré le premier ; dans les

lésions jeunes, la première manifestation est l'hémorragie qui se traduit par une tache de purpura ; on observe ensuite des ectasies, des varicosités. L'infiltrat est formé d'une richesse exceptionnelle de formes cellulaires auxquelles le terme de cellules « lymphocytoïdes » (Marchand) convient le mieux. Ces cellules paraissent bien émaner du système réticulo-endothélial, car elles sont distribuées presque exclusivement autour des vaisseaux dont les parois sont tuméfiées ; elles forment des amas qui, par endroits, intéressent les parois des vaisseaux ; elles existent aussi sous de multiples formes transitoires paraissant avoir leur origine dans l'intérieur des vaisseaux. De grandes cellules endothéliales se transforment en monocytes. Ces formes de passage et ces monocytes se trouvent aussi dans les tissus et dans le sang. Or, pour qu'une tumeur puisse être considérée comme dérivant d'un endothélium en prolifération, il faut qu'il y ait monocytose.

Lorsque les lésions sont plus anciennes, les éléments lymphocytoïdes sont moins apparents et ce sont les phénomènes angiomateux qui dominent. Les fibrilles collagènes argentophiles (*gitterfasern*) abondantes dans les lésions jeunes, deviennent rares dans les tumeurs constituées.

On trouvera dans ce travail de nombreuses indications bibliographiques.

S. Fernet.

Tumeur en turban ou carcinome sudoripare (Turban tumor or sweat gland carcinoma), par Jones, Alden et Bishop. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 4, octobre 1932, p. 656, 2 fig.

Sous le nom de tumeur en turban, les auteurs décrivent un cas de cylindrome du cuir chevelu, évoluant depuis 40 ans chez une femme de 74 ans. Il existait 172 tumeurs agglomérées surtout dans la portion frontale du cuir chevelu. De divers volumes, les plus grosses ayant jusqu'à 4 centimètres de diamètre, ces tumeurs étaient pour la plupart hémisphériques, fermes, tendues, d'un rouge luisant, rappelant les tomates ; tantôt lobulées, tantôt ombiliquées, elles saignaient au moindre traumatisme. Une tumeur analogue existait entre les omoplates.

J., A. et B. considèrent ces tumeurs comme des épithéliomas issus des glandes sudoripares. Leur évolution est relativement bénigne. On peut les rapprocher des lymphangio-endothéliomes tubéreux de Kaposi qui sont actuellement reconnus de nature épithéliale.

S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Actinomycose primitive de la langue (Primary actinomycosis of the tongue), par Cameron. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCIX, n° 14, 1er octobre 1932, p. 1146, 3 fig.

Dans un court aperçu bibliographique, l'auteur rappelle que 55 cas d'actinomycose primitive de la langue ont déjà été décrits. La lésion. le plus souvent unique, se présente, au début, comme un nodule dur,

tendu, douloureux, qui siège dans le tiers antérieur de la langue et est recouvert d'une muqueuse saine. Plus tard, ce nodule s'ulcère et laisse échapper du pus contenant des grains jaunes. Quelquefois, les nodules se multiplient, les lésions s'étendent et peuvent envahir le plancher de la bouche. Les ganglions sous-maxillaires sont souvent hypertrophiés, mais ne contiennent pas d'actinomyces.

Lorsque le diagnostic est précoce, l'ablation chirurgicale, suivie de radiothérapie et l'iodure de K à l'intérieur assurent la guérison. Dans les cas plus étendus, les lésions doivent être incisées, vidées, curetées et désinfectées avant l'application des rayons. Le pronostic dans cette localisation de l'actinomycose est relativement bénin.

Les deux malades observés et traités par l'auteur ont guéri après le traitement local et l'absorption d'iodure. S. Fernet.

Le traitement de la septicémie staphylococcique par le bactériophage (Bacteriophage as a therapeutic agent in staphylococcus bacteremia), par Mac Neal et Frisbee. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCIX, n° 14, 1er octobre 1932, p. 1150.

MacN. et F. ont traité des cas de septicémie staphylococcique très grave par un bactériophage sélectionné, particulièrement actif, en suspension dans un milieu presque complètement désalbuminé. Sur 15 malades, 7 ont pu être sauvés.

Ce traitement est très difficile à manier et très long, même dans les cas favorables. S. Fernet.

La présence de tréponèmes pâles dans une lésion de syphilis de l'estomac (The isolation of spirochæta pallida from the lesion of gastric syphilis), par Harris et Morgan. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCIX, n° 17, 22 octobre 1932, p. 1405, 7 fig.

Brève observation d'un nègre de 50 ans, opéré pour une sténose totale du pylore, attribuée à un cancer. La pièce extirpée se présentait comme une masse inflammatoire, surmontée de foyers de sphacèle. L'examen histologique montrait des infiltrations péri-vasculaires et des épaississements des parois artérielles. Sur les coupes, colorées par la méthode de Levaditi, on constatait la présence de formes spiralées qui ne pouvaient être différenciées. L'inoculation de fragments de cette tumeur et des ganglions prélevés sur la grande courbure de l'estomac a donné lieu, chez deux lapins, à des syphilomes testiculaires typiques.

S. Fernet.

Le traitement du granulome inguinal chez les nègres (The treatment of granuloma inguinale in the negro), par Hazen, Howard, Freeman et Scull. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCIX, n° 17, 22 octobre 1932, p. 1410.

Les auteurs signalent d'une part l'efficacité des rayons X dans le granulome ulcéreux des organes génitaux et d'autre part la supériorité du thioglycollamide d'antimoine sur le tartre stibié. On injecte 20 cen-

timètres cubes d'une solution à 0,4 o/o. Ce produit a l'inconvénient d'être très coûteux. S. FERNET.

Lymphopathia venereum : lymphogranulomatosis inguinalis de Nicolas-Favre et Durand, par SULZBERGER et WISE. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCIX, n° 17, 22 octobre 1932, p 1907, 2 fig.

Revue générale et bibliographie destinées à faire connaître cette affection aux États-Unis, où elle serait relativement fréquente mais habituellement méconnue. S. FERNET.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Un vaporisateur et aspirateur mécanique d'iode métalloïdique pour le traitement des teignes (A machanical vacuum vaporizing apparatus and elemental iodine in treatment of tinea tonsurans), par STRICKLER. *The Urologic and Cutaneous Review*, octobre 1932, p. 666.

S. décrit sommairement un nouvel appareil (appareil de Strickler et Burneman ou vaporisateur-aspirateur d'Henal) destiné au traitement des teignes par les vapeurs d'iode. Cet appareil est un vaporisateur combiné avec un aspirateur s'appliquant hermétiquement sur le cuir chevelu. Le but de l'aspiration est de provoquer une hyperhémie locale qui favorise l'absorption par la peau et d'autre part de maintenir les vapeurs d'iode dans les limites de la ventouse.

Au cours des expériences, on a constaté que l'iode appliqué avec cet appareil pénétrait dans l'intérieur des cheveux et dans les follicules pileux.

Les expériences ont porté sur 10 cas de teigne ; sur 7 cas non traités antérieurement, 6 ont guéri et 1 est encore en observation ; 3 cas traités antérieurement par la radiothérapie sans succès ont tous guéri. On fait 50 à 70 applications quotidiennes aux malades non traités et 25 environ à ceux qui sont traités par les rayons X ou l'acétate de thallium. Le traitement a été contrôlé par l'examen microscopique des cheveux suspects et ce contrôle a été poursuivi pendant quelques mois.

Dans cette première série d'expériences, on a volontairement écarté tous les soins susceptibles de faciliter le traitement : les cheveux ont été simplement coupés aux ciseaux, on s'est abstenu de tout lavage, de toute mesure d'hygiène. Il est certain que certaines de ces mesures peuvent augmenter l'efficacité du traitement et abréger sa durée.

De plus, il résulte des expériences de S. que l'iodure de potassium augmente l'efficacité de l'iode et que la présence du dextrose diminue la tendance du parasite à faire des spores. S. conseille donc de faire avant les séances des badigeonnages du cuir chevelu avec un mélange d'iodure de potassium à 10 o/o et de dextrose à 4 o/o. On peut aussi faire préalablement des applications de rayons ultra-violets pour produire un érythème et augmenter le pouvoir absorbant de la peau.

Ce nouveau traitement des teignes a l'avantage de ne présenter aucun

danger, de ne pas faire tomber les cheveux, d'agir directement sur le parasite alors que les rayons X et le thallium n'agissent que par l'épilation. L'appareil est facile à manier, pas très onéreux ; les applications sont presque indolores.

Quoique les premiers essais n'aient porté que sur 10 cas, les résultats ont été suffisamment convaincants pour qu'on puisse recommander cet appareil aussi bien pour le traitement complet des teignes que pour un traitement complémentaire dans les cas où l'on utilise la radiothérapie ou l'acétate de thallium. S. Fernet.

Observations sur la pelade (Observations on alopecia areata), par Bonjour (de Lausanne). *The Urologic and Cutaneous Review,* octobre 1932, p. 674.

B. cite quelques cas de pelade qu'il a guéris par la suggestion. Il défend l'opinion que la pelade, comme les verrues, est susceptible de guérir sous l'influence d'une excitation psychique. D'après une conception pathogénique personnelle, la pelade est due à une inhibition transitoire des papilles consécutive à un trouble vaso-moteur d'origine psychique. S. Fernet.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

La cause de l'hyperglycémie chez les eczémateux (The cause of hyperglycæmia in eczematous patients), par Somerford. *The British Journal of Dermatology and Syphilis,* nº 528, octobre 1932, p. 476.

En étudiant la courbe glycémique après absorption de 50 grammes de glucose chez des eczémateux, S. a constaté que le taux du sucre sanguin était habituellement moins élevé dans les formes d'eczéma qui s'accompagnent de suintement que dans celles où il y a rétention de l'exsudat. Il croit donc que la sérosité de l'eczéma joue un rôle pathogénique dans la production de l'hyperglycémie.

En effet, deux hypothèses sont en présence : ou bien l'hyperglycémie joue un rôle étiologique dans l'eczéma, ou bien l'eczéma est cause de l'hyperglycémie.

Deux arguments interviennent contre l'hypothèse de l'eczéma, fonction d'hyperglycémie : chez les diabétiques, l'eczéma ne guérit pas parallèlement à l'abaissement de la glycémie, d'autre part, chez les eczémateux non diabétiques, l'hyperglycémie diminue lorsque l'éruption s'atténue.

L'eczéma peut influencer la glycémie par deux mécanismes : par stimulation nerveuse à point de départ cutané ou par décharge dans le courant circulatoire de substances élaborées au niveau des lésions eczémateuses. Dans le premier mécanisme, l'excitation de la peau serait transmise aux surrénales par voie sympathique, il y aurait décharge d'adrénaline et hyperglycémie consécutive. Mais les expériences de S. infirment cette hypothèse : l'application de farine de moutarde sur la

peau, malgré la production d'un érythème et d'un prurit intenses, n'a pas été suivie d'augmentation de la glycémie.

Il faut donc admettre qu'une substance élaborée au niveau de l'eczéma est responsable de l'hyperglycémie. Il ne peut s'agir de l'histamine puisque les injections de cette substance n'ont pas modifié le taux du sucre sanguin. Il ne s'agit pas non plus d'une substance protéinique, car les injections de lait, de sang total ou de sérum ne sont jamais suivies d'hyperglycémie.

S. pense que l'exsudat cutané contient, dans l'eczéma, des produits épidermiques de désintégration qui, en passant dans la circulation, modifient le métabolisme hydro-carboné. Cette conception est purement hypothétique, elle s'accorde cependant avec les faits démontrés par Abderhalden en ce qui concerne « les ferments » : des substances élaborées au niveau des tissus morts ou altérés et qui sont des produits de dégradation fermentative des cellules jouent, dans l'organisme, le rôle d'antigènes et entraînent la production de « ferments de défense ». La présence de ces substances, qui n'est encore démontrée que par un seul de leurs caractères biologiques, entraînerait aussi un trouble du métabolisme du sucre. S. FERNET.

Lupus érythémateux aigu disséminé au cours d'une pyoémie staphylococcique chez un enfant (Acute disseminated lupus erythematosus with staphylococcal pyæmia in a child), par SCHWARZ et PARKES-WEBER. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nº 528, octobre 1932, p. 486.

Observation d'un enfant de 11 ans présentant, au cours d'une pyoémie staphylococcique révélée par de multiples abcès, un lupus érythémateux aigu disséminé de la face et des membres s'accompagnant de phénomènes généraux graves. Cette enfant n'avait aucun signe de tuberculose pulmonaire, la cuti-réaction à la tuberculine était négative.

S. et P. W. émettent l'opinion que le lupus érythémateux aigu n'est pas toujours en connexion avec la tuberculose et qu'il évolue, dans certains cas, au cours d'infections aiguës diverses : streptococciques, staphylococciques ou autres. S. FERNET.

Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Considérations cliniques et histopathologiques sur les leishmanioses cutanées, par G. FALCHI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 5, octobre 1932, p. 1485, 20 fig. Bibliographie.

L'auteur, après avoir fait l'exposé clinique et histologique de 4 cas de leishmaniose européenne (L. E.) ou bouton d'Orient, passe en revue tout ce qui concerne les altérations pathologiques de la peau et des muqueuses provoquées par la pénétration de flagellés du genre *Leishmania*.

Pour ce qui concerne l'existence des deux entités : leishmaniose amé-

ricaine (L. A.) et L. E., en se basant sur les données cliniques, histopathologiques et épidémiologiques, il estime qu'elles n'ont plus de raisons d'exister et qu'on doit les réunir dans un unique chapitre des leishmanioses cutanées dans lequel seront spécifiées les différentes formes cliniques qui désormais, en dehors de toute limitation de continents, s'observent en quelque lieu où la *Leishmania* exerce son activité pathogène sur les téguments de l'homme.

Au point de vue de la question de l'unicité ou de la pluralité des leishmanioses, bien que n'ayant aucune preuve certaine pour la résoudre, il est d'avis, en se basant sur les données cliniques, sur la notion des Leishmanides, sur les recherches expérimentales, que le postulat de la spécificité viscérale de la *Leishmania Donovani* ne peut plus être soutenu et par suite que l'on peut supposer que celle-ci, dans certaines circonstances particulières, soit capable de provoquer des lésions cutanées semblables à celles qui sont causées par la *Leishmania tropica*. Au sujet de la structure histologique des leishmanioses cutanées qui s'observent dans le bassin de la Méditerranée, en se basant sur les cas qui ont fait l'objet de son travail, il confirme qu'elle est en rapport avec le stade dans lequel s'observe la lésion, c'est-à-dire avec des aspects qui vont du granulome inflammatoire à la typique structure tuberculoïde.

L'auteur étudie et discute la signification de ces variations de structure de la lésion et conclut par cette hypothèse qu'elles sont seulement en relation avec l'établissement de réactions allergiques histogènes et humorales et non en rapport avec la durée de l'affection ; il précise ensuite les liens entre le nombre des parasites et la structure du foyer dans le sens d'une dépendance de ceux-ci avec celle-là et il en conclut qu'il convient de considérer que les leishmanioses cutanées rentrent dans la catégorie des réticulo-endothélioses cutanées, comme il en va pour d'autres dermatoses (syphilis, tuberculose).

En ce qui concerne la transmission des leishmanioses cutanées, comme nous n'avons sur ce point aucune connaissance exacte et sûre, si l'on considère l'existence dans la nature d'organismes variés porteurs de flagelles comme hôtes de passage ou comme hôtes atteints de lésions spécifiques, il y a lieu de supposer que les sources d'infection desquelles la maladie se transmet avec des modalités variées, sont multiples et non uniques.

Au point de vue du traitement des leishmanioses cutanées, il conseille d'associer un traitement général (préparations organiques de Sb) au traitement local (Rœntgen-Radiumthérapie) et de faire un traitement énergique dans le but d'éliminer au plus tôt la contagiosité des foyers. Le travail se termine par des considérations sur la diffusion et la distribution des leishmanioses cutanées en Sardaigne (où ont été faites les observations rapportées) et sur les sources probables de l'infection.

Belgodere.

Quelques observations sur le glutathion dans la peau et sur ses méthodes de recherche, par Crosti. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, fasc. 5, octobre 1932, p. 1526. Bibliographie.

L'auteur résume l'état actuel de nos connaissances assez limitées sur le glutathion dans la peau normale et dans les processus pathologiques cutanés et il expose les résultats de quelques recherches personnelles sur la technique de recherche, sur le taux du glutathion dans la peau normale et dans quelques états pathologiques. Dans quelques-unes de ces formes, on a constaté des augmentations du glutathion cutané dignes d'intérêt, et dans des examens faits sur la peau des animaux, de fortes variations en rapport avec l'âge de l'animal. Par contre, des dosages faits sur le sang des eczémateux et des psoriasiques à diverses périodes d'évolution de la maladie et avec administration de préparations sulfurées n'ont donné lieu à aucune constatation notable.

L'auteur insiste sur l'importance de la recherche du glutathion dans le tissu épidermique, recherche qui mériterait d'être développée pour l'étude des altérations dermatologiques, plus encore que le dosage dans le sang, comme on l'a fait jusqu'à présent. Belgodere.

Observations expérimentales et cliniques sur le mécanisme de formation du pomphus et de la bulle, par Flarer. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, fasc. 5, octobre 1932, p. 1537, 18 photographies. Bibliographie.

Par l'étude expérimentale de bulles provoquées par différents moyens chimiques et de pomphi également provoqués artificiellement, l'auteur s'est efforcé d'élucider le mécanisme de formation de ces éléments, étudiant surtout leurs facteurs tissulaires, vasculaires et physico-chimiques, au moyen de certaines dispositions expérimentales particulières.

Les données qui peuvent schématiquement être tirées de ces recherches sont en substance les suivantes : les facteurs essentiels pour la formation d'une bulle, aussi bien que d'un pomphus, sont l'altération de la perméabilité capillaire et la formation d'un courant de filtration entre le sang et le tissu. En outre, dans la bulle, il existe une lyse épithéliale, facteur qui s'ajoute à beaucoup de points de vue aux précédents, tandis qu'il contribue aussi à créer le siège de la collection liquide.

On peut se rendre compte que les deux réactions sont constituées par deux moments : un premier, qui n'est pas constatable cliniquement, qui est le trouble de la perméabilité, de courte durée et qui s'épuise rapidement ; un second, visible cliniquement, et qui est la cause évidente du soulèvement du pomphus et de la bulle, basé surtout sur des facteurs physico-chimiques, dont l'auteur examine et discute la physionomie.

Belgodere.

Syndrome de Schamberg sur base ictéro-anémique hémolytique, par G. Sannicandro. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, fasc. 5, octobre 1932, p. 1570, 9 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade âgé de 30 ans, dans les

antécédents duquel on notait la syphilis et des accidents fébriles qui furent attribués, très probablement à tort, au paludisme. Ce malade fut hospitalisé pour un syndrome général d'ictéro-anémie hémolytique, qu'accompagnaient des manifestations locales cutanées pigmentaires et progressives prédominant aux membres inférieurs, qui, par leur aspect, aussi bien que par l'évolution de chacun des éléments éruptifs, rappelaient la maladie de Schamberg, dont elles se différenciaient toutefois précisément par le processus général ictéro-hémolytique associé, qui ne fait pas partie du tableau de cette dermatose telle que l'a décrite l'auteur américain. Le malade succomba à un érysipèle intercurrent, de sorte que l'étude clinique put être complétée par une étude anatomo-pathologique et histologique dont S. expose les résultats.

Il discute le diagnostic du syndrome cutané, montre qu'il rentre dans la catégorie des dermatoses pigmentaires qui comprend : la maladie de Schamberg, le purpura de Majocchi, la dermatite purpurique et pigmentaire des sujets variqueux, la dermatite lichénoïde purpurique et pigmentée de Gougerot.

C'est encore avec la maladie de Schamberg que le cas rapporté présente encore le plus d'analogies et la concomitance d'une splénomégalie hémolytique ne fait pas partie, il est vrai, du tableau de cette affection, mais il convient de rappeler que justement Pautrier et Diss invoquent l'hypothèse d'un facteur hémolytique pour expliquer la pathogénie de la maladie de Schamberg. Pour ces auteurs, en effet, cette dermatose est une réticulo-endothéliose due à une participation de la province cutanée du système d'Aschoff-Landau à l'emmagasinement des produits de destruction des globules rouges, une véritable sidérose dermo-épidermique.

S. discute ensuite les diverses conceptions des anémies hémolytiques, question ardue, complexe et encore très obscure, et il cherche, sur la base de cette discussion, à préciser le diagnostic du cas étudié. Il conclut qu'il convient de le séparer des anémies hémolytiques essentielles et qu'il doit être considéré comme une forme secondaire de nature probablement luétique. Le système réticulo-histiocytaire ubiquitaire s'associerait à la partie cutanée dans l'évolution du processus.

Belgodere.

Sur les syndromes ischémiques et asphyxiques des extrémités : acrocyanose et acrorigose, par Comel. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, fasc. 5, octobre 1932, p. 1595, 3 fig. Bibliographie.

Dans ce travail, C. attire l'attention sur un syndrome cutané peu connu, auquel il donne le nom de *acrorigose,* qui est caractérisé par un abaissement de la température de la peau des extrémités, sans autre modification objective appréciable qu'un peu de pâleur, mais sans cyanose et sans troubles trophiques.

Dans l'étude des syndromes circulatoires des extrémités, on s'est attaché plutôt à l'étude de la couleur de la peau. C. a démontré dans des publications antérieures qu'il fallait en réalité tenir compte du *binôme*

couleur-température qui représente fonctionnellement le facteur circulatoire cutané de la manière la plus complète, la couleur exprimant l'état fonctionnel des capillaires et des veinules, tandis que la température exprime le fonctionnement des artérioles. L'acrocyanose s'accompagne souvent d'un tableau d'acrohypothermie. Mais ce dernier symptôme peut se présenter d'une manière typiquement isolée et constituer un syndrome indépendant : on constate alors une caractéristique hypothermie (à délimitation nette, et à début brusque par comparaison avec les zones de température normale). La réactivité des petits vaisseaux sanguins éprouvée par des excitants variés (dermographiques, thermiques, histamine, occlusion) démontre une évidente tendance à la vaso-dilatation active. Ce tableau d'acrohypothermie dénommé acrorigose peut s'associer, comme symptôme, à l'acrocyanose, et être masqué par elle. Les faits d'acrorigose peuvent s'expliquer sans doute en admettant une réactivité vaso-constrictive accentuée des artérioles, accompagnée d'une tendance à la vaso-constriction des capillaires et des veinules. Cliniquement, ce syndrome peut acquérir une certaine importance également comme état de prédisposition à des altérations trophiques du type de la maladie de Raynaud. Le déterminisme des phénomènes d'acrorigose est obscur : il conviendrait d'invoquer, à côté de facteurs cutanés locaux, peu nets, des facteurs neuro-endocriniens et neuro-végétatifs.

BELGODERE.

Sur les conditions de développement des germes pathogènes sur les tissus morts (Importance de la concentration hydrogénionique), par Giovanni TRUFFI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 5, octobre 1932, p. 1612. Bibliographie.

L'auteur, après avoir évoqué ses travaux antérieurs à propos de la culture des germes sur les tissus morts, expose les valeurs du *p*H obtenues au moyen d'une modification adoptée par lui pour parvenir à doser par une méthode électrométrique le *p*H de tissus et terrains solides sans avoir recours à des manipulations spéciales du matériel en examen.

Ce mode spécial de dosage, qui offre des avantages peu communs, permet de mieux apprécier les rapports qui interviennent entre les parasites qui se développent et les terrains qui les hébergent et d'éclairer les raisons de la modification substantielle, vis-à-vis d'un germe donné, qui s'observe dans un tissu ou un organe, selon l'état de vie ou de mort.

BELGODERE.

Etude capillaroscopique du complexe variqueux, par Emilio CORTELLA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 5, octobre 1932, p. 1625. Mémoire de 50 pages avec bibliographie.

L'auteur a étudié le comportement des capillaires dans le complexe variqueux, en utilisant le « tonopsatiroscope » de Salvioli. Après avoir établi certaines notions sur la morphologie, la pression et la perméabilité des capillaires, ainsi que sur l'appareil utilisé, il fait l'exposé de différents cas cliniques.

Il a pris comme sujets de son étude des sujets variqueux avec peau saine et avec peau malade et des sujets normaux.

Il conclut en affirmant que trois phénomènes importants se rencontrent aux dépens des capillaires dans le complexe variqueux.

1. Le processus de capillarite qui évolue en général selon les cas dans ses trois stades : télangiectasique, purpurigène, pigmentogène. Un tel processus est très probablement concomitant aux altérations des gros vaisseaux veineux par l'action simultanée que les facteurs hémodynamiques (pression veineuse, artérielle) exercent sur les deux ordres de vaisseaux, en terrain particulièrement prédisposé. Un tel processus de capillarite aurait un intérêt particulier dans le déterminisme des altérations cutanées.

2. L'augmentation de la pression intracapillaire, due spécialement soit à la réduction du lit des capillaires, soit à la diminution de leur tonus propre.

3. L'augmentation de la perméabilité des capillaires due aux modifications chimiques du sang et aux altérations des endothéliums des capillaires. Enfin des réactions tonométriques anormales peuvent être constatées dans les membres atteints de varices, soit par l'épreuve du lacet, soit par le changement de position du corps, imputables surtout aux altérations particulières des parois veineuses.

Belgodere.

Sur une méthode mixte d'inactivation « thermo-biologique » des sérums pour la réaction de Wassermann, par Bartolomeo Cartia. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 5, octobre 1932, p. 1675.

L'auteur a expérimenté, sur 410 sérums, une nouvelle méthode d'inactivation, fondée sur l'action combinée de moyens biologiques et de la température à 46°.

Une telle méthode d'inactivation thermo-biologique, dans les cas de syphilis certaine a montré une sensibilité plus grande que celle qui est présentée par les mêmes sérums inactivés par la chaleur à 55°. En effet, sur 244 sérums provenant de sujets sûrement luétiques, à diverses périodes de l'infection la réaction de Bordet-Wassermann positive a été obtenue dans 154 cas avec la nouvelle méthode d'inactivation et seulement dans 125 cas avec la méthode classique.

Cependant, la méthode thermo-biologique, sur 166 sérums appartenant à des sujets non luétiques, a donné deux résultats positifs aspécifiques qui, s'ils n'infirment pas la valeur de la nouvelle méthode, doivent cependant en faire déconseiller l'emploi dans la pratique.

Cependant l'auteur se promet d'étudier éventuellement des modifications de sa méthode, pour tâcher d'en contenir la sensibilité dans des limites de spécificité certaine.

Belgodere.

Il Dermosifilografo (Turin).

Syphilis plurirésistantes, arséno-résistantes, arséno-activées, par Giusepe Sannicandro. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 10, octobre 1932, p. 533. Bibliographie.

S. a eu l'occasion, à la Clinique de Bari, d'observer trois cas d'arséno-résistance. Ce sont là des faits qui ont été signalés depuis longtemps, mais plus particulièrement dans ces dernières années, notamment en France, mais qui semblent plus rares en Italie, à moins que ce ne soit simplement qu'on y ait prêté une moindre attention.

S. classe les faits d'arséno-résistance en deux catégories : A) Arséno-résistance proprement dite, qui peut être *absolue* ou *relative*, avec des *formes de transition* entre ces deux ordres de faits, ou bien qui peut être soit *primaire*, soit *secondaire*. B) Arséno-activation ou arséno-stimulation, dans laquelle on voit le traitement arsénobenzolique provoquer l'apparition d'accidents spécifiques.

Premier cas : Femme de 30 ans, contaminée par son mari ; une première cure arsénobenzolique fait disparaître les manifestations cliniques et négative le Bordet-Wassermann. Mais au bout d'un mois de repos : avortement et manifestations articulaires accompagnées de fièvre ; une nouvelle série arsénobenzolique instituée ne donne aucun résultat. Tout rentre dans l'ordre avec le Bi. Il s'agit là d'une *forme de transition* entre la résistance absolue et relative.

Deuxième cas : Sujet de 27 ans, association de syphilis et de blennorragie. Polyrésistance à As, Bi, Hg. Ce malade finit par guérir en associant la thérapie arsénobenzolique avec la thérapie iodique intraveineuse et le vaccin antigonococcique. Mais, au cours des essais infructueux, une gomme palatine, suivie de perforation avait eu le temps d'évoluer. Il s'agit là d'un cas d'arséno-résistance absolue pour laquelle on peut se demander si l'association gonococcique n'a pas joué un rôle, sans qu'il soit possible du reste de s'en expliquer le mécanisme.

Troisième cas : C'est celui de deux conjoints chez lesquels la cure arsénobenzolique provoqua l'apparition sur les cuisses d'une éruption d'éléments nummulaires érythémateux, qui disparut avec le Bi. Il s'agit donc là d'un cas d'arséno-activation.

A propos de ces trois cas, S. fait une étude générale, clinique, pathogénique et thérapeutique de la question, notions connues en France et sur lesquelles il est inutile d'insister. Belgodere.

Sur un cas de blennorragie chez un sujet atteint de bilharziose vésicale, par Ciani. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 10, octobre 1932, p. 551, 2 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit un cas d'uréthrite gonococcique apparue chez un sujet atteint de bilharziose vésicale. Cette dernière maladie était confirmée par l'examen des urines qui démontrait la présence d'œufs en grande abondance. L'infection gonococcique, bien qu'elle ait persisté

pendant un temps assez long (3 mois) guérit par les soins habituels, à part une période d'aggravation occasionnée par des lavages de permanganate, qui suscitèrent une hématurie totale, des douleurs abdominales et même de la lypothimie. Contre la bilharziose, on entreprit un traitement par les injections intraveineuses de tartre stibié, sur l'efficacité de laquelle on ne put être fixé, le malade ne s'étant plus présenté après une courte période de traitement. BELGODERE.

Contribution expérimentale à la connaissance des altérations histologiques de la peau après des applications d'arsénobenzol, par Italo LEVI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 10, octobre 1932, p. 560, 5 fig. Bibliographie.

Il est bien établi que l'usage prolongé de l'As, soit par voie interne, soit en applications externes, peut favoriser le développement d'altérations épithéliomateuses. Mais une question plus discutée est celle du pouvoir pathogène de l'As ou des substances qui en contiennent, tel que le goudron, lorsque l'application en est faite pendant une durée de temps limitée. L'auteur fait une revue bibliographique des travaux publiés à ce sujet.

Parmi les composés arsenicaux, un intérêt tout particulier s'attache aux arsénobenzols, et un auteur allemand, Ebert, a soutenu la possibilité du développement de processus cancérigènes par des applications locales ou par des injections intradermiques de solutions arsénobenzoliques.

L. a entrepris à ce sujet des expériences de contrôle, les unes sur l'homme, les autres sur les animaux, et les résultats qu'il a obtenus infirment complètement ceux qui ont été constatés par Ebert.

Chez l'animal, les expériences ont été complètement négatives en ce qui concerne la possibilité de provoquer, chez des rats, des altérations à type précancéreux ou de véritables chancres cutanés expérimentaux, au moyen de l'arsénobenzol.

Chez l'homme, les altérations histologiques constatées à la suite d'applications locales ou d'injections intradermiques d'arsénobenzol, ne présentent aucun caractère cancéreux ou précancéreux, mais seulement les caractéristiques habituelles des processus cicatriciels.

BELGODERE.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

De l'action thérapeutique des éruptions post-salvarsaniques, par SONNENBERG. *Przeglad Dermatologiczny*, 1932, n° 2, p. 205.

Un homme de 58 ans, syphilitique depuis 30 ans, traité au début seulement de sa maladie par des frictions et quelques injections mercurielles, présente quelques troubles de la marche et un Bordet-Wassermann fortement positif. On lui fait 3 injections de novarsénobenzol (0,30, 0,45, 0,45) et 2 de bismuth. Ce traitement est suivi d'une éry-

throdermie qui dure quelques mois. Au moment de la guérison, le Bordet-Wassermann est toujours positif.

Deux ans après le début de cette première érythrodermie, le Bordet-Wassermann étant encore positif, on injecte par prudence 0,075 seulement de novarsénobenzol. Une nouvelle érythrodermie se produit dès le lendemain et dure quelques mois. Après guérison, le Bordet-Wassermann est toujours positif. On fait alors une injection de Bi qui est suivie d'une troisième érythrodermie, moins grave que les précédentes. Cette fois, après guérison, le Bordet-Wassermann est trouvé négatif.

Ce malade présentait vraisemblablement un Bordet-Wassermann positif depuis 30 ans, on ne peut donc admettre que la négativation, survenue après la troisième érythrodermie, ait été l'effet du temps ; on ne peut non plus l'attribuer aux doses minimes de médicaments qui ont pu être injectées.

L'action des érythrodermies consécutives paraît donc avoir été indéniable dans ce cas. S. croit que les érythrodermies post-salvarsaniques ont toujours une action favorable sur l'évolution de la syphilis mais que cette action est faible, limitée et qu'elle ne peut suffire à compenser l'action du traitement spécifique qui ne peut pas être poursuivi normalement dans ces cas. S. FERNET.

Medycyna (Varsovie).

Les maladies de la peau et le système endocrinien, par BERHNARDT. *Medycyna*, n° 19, 7 octobre 1932, p. 577.

Le rôle des glandes endocrines en dermatologie, encore fort discuté, a d'abord éveillé un grand enthousiasme, puis, les grands espoirs ayant été déçus, la question a cédé le pas à une nouvelle conception pathogénique, celle de la sensibilité et de l'immunité qui, à son tour, est à l'honneur.

Ce découragement et cette indifférence pour la question des endocrines ne sont cependant pas tout à fait justifiés ; la question est actuellement assez mûre pour pouvoir être jugée quoique sa bibliographie, malgré son volume considérable, soit incroyablement pauvre en faits précis.

B. a dressé la liste, d'après les travaux parus depuis 10 ans, de toutes les dermatoses attribuées à des troubles endocriniens en spécifiant les glandes incriminées. Il a, ensuite, pour chacune des glandes endocrines, fait l'énumération des dermatoses qui lui ont été rattachées.

Il suffit de jeter un coup d'œil rapide sur cette innombrable énumération pour se rendre compte qu'elle représente un chaos inextricable. De toute évidence, les glandes endocrines sont, en matière de pathogénie, le bouc émissaire de notre ignorance ; en l'absence de données cliniques, histologiques ou bactériologiques, en l'absence de symptômes viscéraux clairs, partout où manquent les renseignements étiologiques et pathogéniques, on invoque l'influence mystérieuse du système endocrinien. Aussi, la plus grande confusion règne dans ces

interprétations : la même glande est incriminée dans des affections fort dissemblables, telle dermatose est attribuée tour à tour à l'hyperfonctionnement, à l'hypofonctionnement ou simplement au déséquilibre d'une ou de plusieurs glandes. On peut citer comme exemple les sclérodermies et l'acrodermatite atrophiante de Pick-Herxheimer : dans ces deux affections, complètement différentes, toutes les glandes à sécrétion interne ont été incriminées isolément ou simultanément ; on n'a, cependant, jamais pu s'entendre s'il s'agissait d'hyper- ou d'hypofonctionnement. Or, le problème est d'autant plus ardu que nous ignorons si toutes les sclérodermies relèvent des mêmes causes. Toutes les glandes ont été invoquées successivement dans l'étiologie du psoriasis. Quant au myxœdème tubéreux, une de ses formes relèverait de l'hypothyroïdie, une autre (myxœdème circonscrit symétrique des jambes) de l'hyperthyroïdie, à moins que, comme le veut Sergent, les glandes génitales n'interviennent primitivement entraînant, par la suite, un trouble thyroïdien.

Il existe indiscutablement un rapport entre les glandes endocrines et la peau, mais ce rapport n'est pas toujours une influence pathogénique. Des observations cliniques ou thérapeutiques vagues, ont été jugées avec peu de sens critique ; ce qui n'est souvent qu'une coexistence de symptômes a été interprété comme rapport de cause à effet.

Il est intéressant d'examiner ce problème différemment et d'étudier, pour chaque dysfonctionnement glandulaire dûment constaté, la proportion et le type clinique des troubles cutanés qui sont observés. On apprend alors que Holmgren, par exemple, n'a observé des lésions cutanées que dans 14 cas sur 127 d'hyperthyroïdie (11 o/o), que sur 111 cas de maladie de Basedow, on n'a noté que 5 cas de sclérodermie et 15 de troubles pigmentaires, que dans les affections des surrénales, la maladie d'Addison n'apparaît que dans la proportion de 3 pour 11, que l'étude de 14.000 cadavres a montré à peine dans quelques rares cas la coexistence d'une maladie de la peau et de lésions des glandes endocrines.

Il ne faut enfin pas oublier que des troubles endocriniens peuvent résulter d'une maladie des téguments. On ne peut imaginer qu'une dermatose généralisée grave et chronique puisse rester sans influence sur l'organisme tout entier ; le système endocrinien étant l'un des plus sensibles, doit être affecté en premier lieu.

Il ressort de tout ceci qu'on ne peut, à l'heure actuelle et en l'absence de preuves scientifiques, établir régulièrement de rapport de cause à effet entre les troubles endocriniens et les affections de la peau. Il s'agit, dans certains cas, de coïncidence symptomatique, dans d'autres, le trouble endocrinien constitue un des nombreux facteurs pathogéniques, modifie les caractères constitutionnels et conditionnels de la peau, diminue sa résistance et favorise l'action des divers agents vulnérants. Quoi qu'il en soit, un sens critique des plus sévère doit dominer toute interprétation des faits cliniques.

S. Fernet.

Askeri Sihhiye Mecmuasi (Stamboul).

A propos du traitement de la syphilis, par Nazim Chakir. *Askeri Sihhiye Mecmuasi*, n° 1, janvier 1932, p. 3.

1) L'auteur n'est pas convaincu que la syphilis tende à augmenter. Parmi les malades de l'hôpital Gül-Hane et ceux de sa pratique privée atteints de maladies nerveuses et psychiques de cause autre que la syphilis, 1 o/o des femmes et 30 o/o des hommes ont eu une blennorragie dans leur passé, tandis que, pour la syphilis, la proportion est de 1 sur 10.000 pour les femmes et de 2 sur 1.000 pour les hommes.

2) La question du traitement le plus efficace dans la syphilis, n'est pas encore résolue. L'auteur a vu en 1928 faire, d'un côté, des frictions mercurielles et, de l'autre, 3 fois par jour, des injections de salvarsan.

Plus que les médicaments, c'est la réceptivité du malade pour telle ou telle drogue qui doit être prise en considération dans le traitement.

Pour juger un cas guéri et permettre le mariage, on ne devrait pas se limiter à l'examen clinique et au résultat négatif du Wassermann dans le sang. On doit examiner le liquide céphalo-rachidien, non seulement au point de vue du Wassermann mais aussi de ses réactions diverses.

3) Le tabès et la paralysie générale en Orient ne sont pas répandus dans la proportion où ils le sont en Europe et en Amérique. Pourtant la guerre mondiale avec son action déprimante sur le cerveau n'a pas fait augmenter les cas de paralysie générale dans les pays belligérants. Cela est d'autant plus remarquable que la majeure partie des officiers et soldats atteints de syphilis n'avaient pas le temps de se traiter convenablement.

Le traitement de la syphilis nerveuse a subi une révolution par l'introduction de la pyrothérapie au moyen des micro-organismes de la malaria, de la fièvre récurrente et du chancre mou.

La rareté relative de la paralysie en Orient pourrait, selon l'auteur, être en corrélation avec le fait que la population est plus atteinte de malaria, de typhoïde et autres maladies fébriles. L'enquête effectuée par lui auprès des personnalités d'Europe est favorable à sa thèse.

La statistique de la clinique de psychiatrie de l'hôpital Gül-Hane montre que sur 100 paralytiques ou tabétiques, 97 ne montrent pas de maladie très fébrile dans leur passé.

Chez nous, la malariathérapie n'est pas aisée, et cela : 1° parce que notre population en est pour ainsi dire immunisée ; le malade auquel on injecte du sang malarique ne réagit qu'avec un ou deux accès de fièvre, alors qu'il lui en faudrait dix ou quinze ; 2° vu l'impossibilité de trouver facilement des cas de tierce pure ; des cas frais et n'ayant pas subi encore de traitement à la quinine.

Aussi l'auteur remplace-t-il le sang malarique par le vaccin typhique préparé selon la méthode de Besredka. Depuis 8 ans qu'il emploie cette

méthode, l'auteur a traité 13 paralytiques et 20 tabétiques. La guérison s'est montrée dans la proportion de 50 o/o. Ces malades guéris ont été présentés aux réunions scientifiques de Gül-Hane.

L'auteur fait faire à ses malades — selon leur résistance — 10 à 15 accès de fièvre au moyen d'injections de vaccin typhique. Il consolide ce traitement par une série d'injections de bismuth. Au bout d'un an il revient à la charge. ROBERT ABIMÉLEK.

Comment traiter la blennorragie aiguë de l'homme, par Kemal SULEYMAN. *Askeri Sihhiye Mecmuasi*, nº 1, janvier 1932, p. 96.

Le travail s'étend sur les symptômes cliniques de l'infection gonococcique, sur les méthodes de coloration des gonocoques, sur les moyens prophylactiques et sur le traitement de la blennorragie aiguë.

ROBERT ABIMÉLEK.

Aylik Tip Gazetesi (Stamboul).

La malariathérapie dans la paralysie générale progressive, par Hussein KÉNAN. *Aylik Tip Gazetesi*, 1932, nº 11, p. 211.

L'auteur avait dû interrompre ses essais après deux échecs essuyés vers 1923. C'est à partir de 1928 qu'il revint à la charge. Par malariathérapie, il entend l'inoculation avec du sang de fièvre tierce, les accès de fièvre provoqués par ce type étant plus réguliers et la quinine ayant ici plus de prise.

La malariathérapie comporte parfois l'inconvénient de donner lieu à des délires de persécution et de causer la répercussion de manifestations syphilitiques diverses sur la peau des malades. D'ailleurs, cette dernière constatation serait plutôt en faveur de la malariathérapie. L'auteur a appliqué la malariathérapie non seulement dans la paralysie générale, mais aussi dans d'autres psychoses chroniques.

L'auteur a mis la malariathérapie en œuvre dans une soixantaine de cas de paralysie générale, mais ne peut en tirer aucune conclusion, n'ayant pu étudier parmi tous ces cas qu'à peine 5 ou 6. Ce fut d'abord le sang et, à une année d'intervalle, le liquide céphalo-rachidien qui donnèrent une réaction de Wassermann négative. En même temps, on constatait une diminution de la quantité d'albumine et du nombre des cellules, le Pandy et le Lange restèrent sensiblement à leur teneur première.

Pourtant, dans un seul cas traité en 1924, le résultat a été si satisfaisant que le malade considéré comme guéri, fut présenté comme tel. C'est un homme âgé de 37 ans, atteint de paralysie manifeste, avec Wassermann + + + + dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Au cours du traitement, le malade fut atteint spontanément de *Malaria tertiana*. Après le onzième accès de fièvre, la malaria s'éteint d'elle-même, sans qu'on ait eu recours à la quinine. A la fin du cycle des accès, le malade s'était remis de ses délires et cauchemars et quitta

la clinique très amélioré. Le traitement fut complété par une série de bismuth et de néosalvarsan. Six mois après le traitement, le Wassermann du sang était négatif, celui du liquide encore positif, aussi bien que le Pandy et Lange, seulement l'albumine et le nombre des cellules avaient diminué. Le malade fut entre temps traité par quelques séries de bismuth et néosalvarsan. L'examen fait 3 années après donna un liquide céphalo-rachidien parfaitement normal. Donc, 6 mois après le commencement de son traitement, le malade était déjà en état de reprendre ses occupations qu'il continue jusqu'ici avec succès.

Une bonne partie des autres malades a repris aussi avec régularité et satisfaction ses occupations d'avocats, pharmaciens, médecins, pianistes, commerçants, etc., mais ceux-ci ne peuvent pas être considérés comme guéris, car le fait de la disparition des troubles psychiques à elle seule ne suffit pas pour attester la guérison. Il faut s'appuyer sur l'état du liquide céphalo-rachidien. Eu égard au choc que peut provoquer l'introduction du parasite malarique dans l'organisme du malade, l'auteur compare la malariathérapie plutôt à une opération qu'à un moyen thérapeutique médical. Il a vu la mort survenir subitement chez un homme, après le second accès de fièvre, sans raison explicable. De ses 60 malades traités, l'auteur en perdit 6.

Dans quelques cas, la fin des accès, loin d'apporter aux malades une amélioration quelconque, leur a fait accuser un amaigrissement allant jusqu'à la cachexie fatale.

D'autre part, depuis qu'il a commencé à appliquer la malaria, l'auteur ne voit plus ces accès apoplectiformes qui se répétaient parfois plusieurs fois par jour.

Parmi tous ses malades, un seulement n'a pas réagi à l'inoculation malarique, même après sensibilisation à la Yatren-Caséine. L'auteur a sensibilisé une partie des malades au moyen de la tuberculine. Pour l'inoculation, il prend généralement 5 centimètres cubes de sang malarique. Un collègue de l'auteur est parvenu à inoculer la malaria avec une goutte de sang seulement.

Outre la paralysie générale et le tabès, l'auteur a traité avec la malaria une dizaine de psychoses diverses. L'un de ces malades est mort après la cessation des accès. Les autres ont montré une légère amélioration passagère ; ainsi un malade atteint de démence précoce s'en est trouvé sensiblement amélioré, tandis qu'un autre, atteint de paranoia alcoolique, a accusé une accentuation de ses délires et une aggravation de sa démence.

En somme, la malariathérapie est le seul moyen thérapeutique agissant contre la paralysie générale. Elle devrait se pratiquer dans chaque cas qui concerne des malades jeunes, dont le cœur, les reins et les artères sont en bon état.

Contre des chances de succès allant jusqu'à 20-28 o/o, la mortalité

n'a pas dépassé 10 o/o. Il ne faut pas perdre de vue que la vie des malades non traités se limite à quelques années.

ROBERT ABIMÉLEK.

Istanbul Seririyati (Stamboul).

A propos du traitement des boutons d'Orient et de leurs formes rares, par Houlusi BEHDJET. *Istanbul Seririyati*, 1931, n° 8.

L'auteur note quelques formes cliniques rares qu'il n'a pas trouvées mentionnées dans le récent ouvrage de G. Higoumenakis (*Les boutons d'Orient et leur traitement moderne*, 1930). A savoir : 1) une forme ressemblant au lupus tuberculo-ulcéreux ; 2) un bouton d'Orient se présentant sous l'aspect de *lupus pernio* et d'ulcères tuberculeux de la muqueuse buccale au niveau de la commissure labiale ; 3) une forme cornée. Ce dernier malade n'a jamais quitté Stamboul. Du reste, c'est aussi le cas d'un autre malade, un Autrichien, qui se trouve à Stamboul depuis 2 ans. Le prof. Talat enregistre de même 4 cas autochtones de boutons d'Orient (Le rapporteur note le fait que H. Bedjet semble ne pas avoir eu connaissance du premier cas autochtone de bouton d'Orient observé par lui-même et publié dans un travail paru dans les *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie* en 1928, page 168) ; 4) bouton d'Orient au-dessous de la commissure labiale droite et simulant un hæmangiome ; 5) un cas se présentant sous forme d'eczéma impétigineux chez une négresse. Dans tous ces cas, le diagnostic a été confirmé par la présence des parasites de Wright.

Comme traitement, l'auteur recommande de préférence, la diathermo-coagulation, mode de traitement qu'il applique depuis 1921.

ROBERT ABIMÉLEK.

Syphilis de l'estomac, par Osman SEREFETTIN. *Istanbul Seririyati*, 1931, n° 8.

1er cas. — Homme âgé de 65 ans, né au Turkestan, ayant séjourné 25 ans à Médina. Depuis 4 mois, dyspepsie et douleurs à l'estomac, survenant à peu près une heure après les repas. Pas de vomissements, pas de melæna. Jusqu'ici jamais malade. Marié deux fois, il a eu de sa première femme 12 enfants morts en bas âge ; sa femme a eu, en outre 3 fausses-couches. De sa seconde femme, il a 6 enfants, tous bien portants. Au cœur, souffle au premier temps. Deuxième bruit aortique dur. Foie, rate, réflexes normaux. Pression artérielle : 14/7,5, température : 37°5. Ganglions cervicaux et du coude hypertrophiés. Urines normales. Suc gastrique : acide chlorhydrique : 1,53 ; acidité totale : 2 ; pas d'acide lactique ; pas de sang. Radiologiquement pas d'ulcère ni de tumeur. Liquide céphalo-rachidien normal. Sang Wass. + + + +. Prompte amélioration par le traitement spécifique.

2e cas. — Homme âgé de 62 ans. Depuis 10 ans, douleurs à la région ombilicale sans rapport avec les heures des repas ; elles sont exclusivement nocturnes. L'examen du système nerveux, celui des divers

organes, du suc gastrique, de l'urine ne donnent rien d'anormal. Le Wassermann dans le sang est négatif, dans le liquide céphalo-rachidien aussi. Pression artérielle : 15/7. *Ex juvantibus*, traitement spécifique, qui au bout d'une vingtaine de jours soulage notablement le malade.

Il est à noter qu'un neveu de ce malade, âgé de 19 ans présente un souffle aortique avec une pression au Vaquez de 15,5, ce qui fait penser à l'origine héréditaire des troubles chez le second malade.

ROBERT ABIMÉLEK.

A propos de la radiologie des voies urinaires (Uroselectan), par Ali ESREF. *Istanbul Seririyati*, 1931, n° 9.

Cinq observations de malades examinés après injections d'uroselectan.

ROBERT ABIMÉLEK.

Le traitement du sycosis lupoïde par la diathermie, par Houlusi BEHDJET. *Istanbul. Seririyati*, 1931, n° 9.

L'auteur a essayé avec succès la diathermo-coagulation de deux foyers de sycosis lupoïde de la joue gauche, chez un malade âgé de 30 ans et atteint depuis 4 années. Le traitement a été effectué en coagulant les follicules atteints par un courant de moyenne intensité.

ROBERT ABIMÉLEK.

Izmir Klinigi (Smyrne).

A propos de la syphilis du poumon chez l'adulte, par S. NECHATI. *Izmir Klinigi*, t. III, 1932, n° 1, p. 57.

Malade âgé de 48 ans, souffre depuis un mois et demi de toux avec expectoration séro-purulente, fétide et de douleurs du côté droit.

Le malade a eu la dysenterie, la malaria et, avant 17 ans, la syphilis, pour laquelle il a été traité avec une seule série.

La palpation de son thorax révèle une augmentation des vibrations thoraciques au niveau de la fosse sous-épineuse droite. La région sous-claviculaire droite est mate à la percussion. Toujours à droite, à partir de l'épine de l'omoplate jusqu'à un travers de doigt au-dessus du sommet de celui-ci, on perçoit également une matité. Au niveau des parties mates, l'auscultation révèle des râles crépitants petits et moyens. Les crachats sont purulents, fétides et abondants. Le bacille de Koch y fait défaut. Le Wassermann dans le sang donne une réaction + + + +. Sédimentation : 140 millimètres à la première heure. Hémogramme : Lympho, 30 o/o ; Segm., 55,5 o/o ; Eosin., 2 o/o.

La radiographie montre une densification du lobe moyen. L'inoculation des crachats au cobaye donne un résultat négatif. Il a été institué un traitement au néosalvarsan, bismuth et bi-iodure de mercure. A partir de ce moment, le malade perd l'appétit, maigrit, les crachats augmentent, jusqu'à 360 grammes dans les 24 heures et prennent une teinte

gris noirâtre. La fétidité de l'haleine est telle qu'on ne peut approcher le malade. Grande dyspnée, fièvre 37-38°.

Le traitement spécifique a duré un mois, au bout duquel le malade a pris 2 gr. 85 de néosalvarsan. C'est alors que le malade fut soumis à un traitement par un auto-vaccin de ses crachats et contenant 5 milliards de streptocoques, staphylocoques et *micrococcus catarrhalis*. Les injections furent faites tous les deux jours en commençant par 0 cc. 2 et augmentant toujours par 0 cc. 2 à chaque fois. Déjà, à la quatrième injection, la fièvre tombe à la normale.

En trois semaines, la quantité des crachats n'est plus que de 50 grammes, leur fétidité a sensiblement diminué et le malade a repris.

A la fin de la seconde série du traitement spécifique, le malade ne toussait plus. Il avait gagné 11 kilos.

ROBERT ABIMÉLEK.

Un cas d'ichtyose congénitale, par Burhan CHEVKET. *Izmir Klinigi*, t. III, 1932, n° 1, p. 52.

Les manifestations ont débuté chez le nouveau-né une heure après la naissance par des formations cornées de la peau ; celle-ci est tendue et ressemble à du papier parcheminé. Les paupières sont en ectropion, les conjonctives congestionnées, la bouche reste entr'ouverte.

Le père du nouveau-né a eu un bouton sur la verge et une blennorragie, la mère s'est mariée l'année précédente à l'âge de 17 ans.

ROBERT ABIMÉLEK.

Pratik Doktor (Stamboul).

Les affections mycosiques de la peau par Djevat KÉRIM. *Pratik Doktor*, 1932, nos 9-10, p. 265.

Dans cette première communication, l'auteur se limite à un aperçu général sur les mycoses, sans entrer dans la description de chaque entité en particulier.

Il parle du polymorphisme de ces affections, de l'importance d'un diagnostic sûr et précoce, de leur examen microscopique et culturel. Il donne la formule du milieu de Sabouraud ainsi que de celui de Grütze.

ROBERT ABIMÉLEK.

Réunion médicale de l'Hôpital d'Enfants de Chichli (Stamboul).

Un cas de lobite syphilitique, par Ahmet RASIM. *Compte rendu de la Réunion médicale de l'Hôpital d'Enfants de Chichli*, mai 1932 (monographie).

Le cas présenté par l'auteur concerne un homme de 48 ans, admis à l'hôpital le 31 janvier 1932 pour un état cachectique avec de la fièvre, de la dyspnée et de la toux. Le malade, ancien expert en tabacs, a de tout temps toussé, mais ce n'est que depuis 8 mois que son état a

empiré, au point de l'obliger à s'aliter. Il a une fièvre entre 38° et 39° ; l'expectoration purulente atteint journellement 3 verres pleins. Quelque temps avant son entrée à l'hôpital, il a été traité pour abcès du poumon, par des injections d'émétine, sous l'influence desquelles les crachats et leur fétidité avaient notablement diminué d'intensité, mais seulement pour un certain temps.

Le malade a eu, une trentaine d'années avant, un chancre sur la verge, lequel s'est cicatrisé dans l'espace de deux semaines, sous l'action d'injections et de frictions de mercure. Depuis lors, le malade n'a subi aucun traitement. Il n'a pas eu de blennorragie ; pourtant quatre années après son chancre, il a eu un gonflement de ses testicules avec douleurs nocturnes, atteinte qui a fini par guérir au bout d'un mois.

Cinq années avant, le malade a eu une pneumonie ; celle-ci fit sa crise au bout d'une semaine, mais la convalescence dura un mois.

Le malade s'est marié quatre fois, sans pourtant avoir d'enfants. A son entrée à l'hôpital, son état était cachectique. Poids 39 kilogrammes, dyspnée intense, température 38°4. Il remplissait deux crachoirs de crachats très fétides. Son examen donne : en avant et à droite, au niveau des régions sus- et sous-claviculaires, ainsi que des 1er, 2e et 3e espaces intercostaux une matité absolue avec une augmentation des vibrations thoraciques et des râles sous-crépitants. Au niveau du 2e espace intercostal, souffle caverneux, accompagné de gargouillement. En arrière, la matité commence à trois travers de doigts au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate droite et va jusqu'au sommet du poumon. A ce niveau, les vibrations thoraciques sont augmentées et la respiration est rude et accompagnée de râles humides. A un travers de doigt, sous l'angle inférieur de l'omoplate, on entend un souffle caverneux. Le poumon gauche, ainsi que la base du poumon droit, sont atteints d'un léger emphysème.

L'appareil circulatoire et le tube digestif, l'urine ne montrent rien de particulier. Le radiogramme du thorax dépiste une infiltration du lobe supérieur droit avec deux cavernes. Les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch. La réaction de Wassermann du sang est + + + +.

A l'hôpital, le malade a subi un traitement consistant en 15 injections de Bismogénol et 4 gr. 20 de néosalvarsan et quitte l'hôpital le 6 avril 1932 avec une augmentation de son poids de 17 kilogrammes. Tous les signes cliniques avaient totalement disparu.

La syphilis du poumon se voit à la période secondaire de la syphilis, sous forme de trachéo-bronchite ou de pleurésie, en même temps ou après la roséole.

A la période tertiaire, la syphilis des poumons revêt les formes suivantes :

1° le syphilome pulmonaire à marche aiguë de Dieulafoy ou broncho-pneumonie syphilitique aiguë avec tout son apanage foudroyant ;

2° le syphilome pulmonaire sous forme de tumeur, dont Emery a montré un cas en 1913 ;

3° le syphilome broncho-pulmonaire à prédominance scléreuse avec ou sans dilatation des bronches de Dieulafoy ;

4° le syphilome à marche lente de Dieulafoy dans le cadre duquel entre le cas présent, avec cette particularité que chez le malade c'est le lobe supérieur qui était atteint. ROBERT ABIMÉLEK.

Revue de Thérapeutique clinique et expérimentale (Stamboul).

La leucémie aiguë, par Akil MUHTAR et FEHMI. *Revue de Thérapeutique clinique et expérimentale*, t. I, n° 3.

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer à Stamboul depuis le commencement de 1931, 5 cas de leucémie aiguë, tandis qu'avant cette date et dans le même laps de temps, ils n'ont vu qu'un seul cas.

Ils décrivent le tableau clinique de l'affection et distinguent deux types de leucémies aiguës, à savoir la forme lymphoïde et la forme myéloïde. Les cellules mononucléaires qui constituent l'élément caractéristique des leucémies aiguës se ressemblent pourtant beaucoup. La plupart des auteurs français leur appliquent un terme commun : « cellules primordiales, cellules indifférenciées ».

Les noyaux des myéloblastes ont un réseau de chromatine très délicat et plusieurs nucléoles dépourvus de contours nettement colorés ; tandis que les noyaux des lymphoblastes ont un réseau de chromatine moins délicat et n'ont généralement qu'un ou deux nucléoles mieux délimités. En outre, un certain nombre de myéloblastes donnent une réaction positive à la peroxydase ou à l'oxydase.

H. Reschad et Schilling ont publié les premiers une troisième forme de leucémie aiguë sous le nom de leucémie monocytaire.

Les auteurs du travail donnent l'observation de leurs 5 cas, tous terminés par la mort.

Malgré le manque d'un traitement efficace, il leur a semblé que les préparations hépatiques étaient à même d'amener quelque amélioration. Le Benzol diminue rapidement, le nombre des leucocytes. Quant à la radiothérapie, elle leur a donné un résultat déplorable.

ROBERT ABIMÉLEK.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de Cancérologie, par J. Ducuing, professeur à la Faculté de médecine, Chirurgien-chef des hôpitaux, directeur du centre anticancéreux de Toulouse, 1 vol. de 1.260 pages avec 516 figures (Collection des *Précis Médicaux*). Broché, 125 fr. Cartonné toile, 140 fr. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Dans la collection parfaite des *Précis Médicaux*, qui compte déjà quelque 40 volumes signés des meilleurs noms, J. D. fait paraître un *Précis de Cancérologie* en tous points digne de ses prédécesseurs. Bien qu'on puisse dire qu'un précis de 1.260 pages, avec 516 figures, mérite difficilement le nom de précis, l'auteur s'est attaché à rester dans la note didactique qui est celle de toute la collection. Aussi a-t-il doté la littérature médicale française d'un livre qui lui manquait. L'étudiant et le médecin étaient obligés de chercher ce qu'ils doivent savoir sur le cancer soit dans des publications trop savantes (monographies, collections histologiques, communications à des Sociétés) soit dans les traités de médecine ou de chirurgie générales dans lesquels la matière est dispersée et le traitement en général assez négligé. D., qui est professeur à Toulouse et qui, à ce titre, fait passer des examens, s'était aperçu de cette difficulté, pour les étudiants, de se documenter. Il affirme, dans sa préface, que depuis qu'il enseigne, par les méthodes qu'il reproduit dans son livre, il a pu constater un complet changement, car, dit-il, en une phrase lapidaire : « le meilleur moyen de supprimer l'ignorance est souvent de supprimer ce qui l'excuse ». Grâce au livre de D., ce n'est pas seulement à Toulouse que les étudiants n'auront plus d'excuse de ne rien comprendre au cancer ou tout au moins à ce que les cancérologues y comprennent. Les médecins aussi, car cet excellent livre est fait aussi pour eux et ils s'en passeront difficilement.

Il est divisé en deux parties. Dans la première, sont exposées les généralités sur le cancer ; dans la deuxième, tous les cancers sont envisagés d'une façon complète mais aussi didactique que possible, en tenant compte des acquisitions modernes qui se rapportent à leur diagnostic et à leur traitement.

La première partie comprend la définition et l'historique du cancer, l'étude de la cellule cancéreuse, du tissu cancéreux, du processus cancéreux, la classification des cancers, la description des principaux types de cancers, l'étiologie, la sémiologie générale et les complications, enfin la lutte sociale contre le cancer.

La deuxième partie contient les chapitres suivants : cancers de la peau, cancer du sein, de l'appareil visuel, de l'appareil digestif, des glandes annexes de l'appareil digestif, des voies aériennes, des organes génitaux de l'homme et de la femme, des os et des muscles, les tumeurs du système nerveux, cancers des tissus hémato-poïétiques, des glandes à sécrétion interne, des séreuses, cancers embryonnaires. Quand on

aura ajouté que chacun des cancers de chaque région ou subdivision de région est traité avec son étiologie, ses signes, son diagnostic, son pronostic et son traitement spéciaux, on aura assez montré avec quel souci d'être complet, l'auteur a mené à bien son très important travail. Les dermatologistes doivent savoir que le chapitre qui les intéresse plus spécialement est traité avec le plus grand soin.

On ne peut passer sous silence une iconographie non seulement abondante mais originale, ce dernier mot étant pris non pas dans le sens d'inédite, mais dans celui d'une chose qui sort des conceptions classiques ou généralement admises. « A l'exception des photographies et de quelques dessins, aucune de mes figures, écrit D., n'est la reproduction d'une image réelle ». « Pas de microphotographies auxquelles l'étudiant ne comprend rien », mais des dessins qui sont la synthèse de plusieurs microphotos, réalisés dans la perfection par un histologiste doublé d'un artiste, le Dr Bassal. Ces dessins, ajoute D., sont « efficaces ». Ils ont supporté l'épreuve pédagogique. Et on le croit volontiers.

La réalisation matérielle, par la maison Masson est, comme toujours, parfaite. CLÉMENT SIMON.

Le terrain cancéreux et cancérisable, physiologie pathologique du cancer, action biologique des radiations, par René REDING, directeur de la fondation Yvonne Boël (Hôpital Brugmann), adjoint à la Clinique chirurgicale universitaire de l'hôpital Saint-Jean (Bruxelles). 1 vol. de 589 pages avec 17 figures. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 50 fr.

La tumeur n'est que la traduction et l'aboutissant d'une prédisposition au cancer. Cette prédisposition n'est pas un terme métaphysique ; elle se traduit par des modifications du chimisme de l'organisme et peut-être par d'autres modifications ; elle constitue un *terrain* sans lequel le cancer ne peut se développer. C'est ce qui est démontré pour le cancer du goudron des souris : certaines restent réfractaires. Terrain cancérisable sur lequel des irritations locales déterminent la région sur laquelle se développent les premières cellules cancéreuses. C'est à l'étude difficile de ce cancer que l'auteur s'est appliqué pendant de longues années de recherches de laboratoire, d'abord en collaboration avec son maître Auguste Slosse, disparu en 1930, puis seul. A ces patientes recherches dont il indique la technique et le détail, R. ajoute des arguments tirés d'une importante bibliographie. Pour lui, l'existence d'un terrain est certaine ; il en voit des preuves dans le cancer expérimental, dans l'étude de l'hérédité (on a pu créer des races de souris résistantes ou au contraire particulièrement sensibles au cancer), dans l'étude des statistiques.

De quoi est fait ce terrain ? Peut-on le reconnaître, le modifier ? Sans donner de conclusions précises, l'auteur, entre autres faits, accorde une importance considérable à l'alcalose.

Tous ceux qui s'intéressent au problème de l'origine du cancer doivent lire ce livre consciencieux et documenté. CLÉMENT SIMON.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

CERVICO-VAGINITE HÉMORRAGIQUE ET ULCÉRO-MEMBRANEUSE AU COURS D'UN TRAITEMENT BISMUTHIQUE STOMATITE CONCOMITANTE

Par MM. Clément SIMON, J. BRALEZ, DUREL et PERETON

Nous rapportons l'observation d'accidents sérieux survenus chez une femme syphilitique à la fin d'une série d'injections bismuthiques, et caractérisés par une hémorragie à la surface d'une lésion d'aspect gangréneux et suivie d'ulcérations pseudo-membraneuses du col et de la muqueuse vaginale.

Observation. — Rolande P..., âgée de 32 ans, prostituée, entre dans notre service, à l'hôpital Saint-Lazare, le 27 septembre 1932.

Aucun antécédent héréditaire.

L'état général est médiocre, misère physiologique, teint pâle d'une anémique, cependant la malade prétend n'avoir jamais un faciès plus coloré.

L'examen nous révèle quelques végétations périanales, de nombreuses lésions de grattage sur tout le corps, de la phtiriase pubienne et de nombreuses ulcérations vulvaires et périanales ayant tous les caractères cliniques de plaques muqueuses.

L'examen au spéculum est négatif, *ni vaginite, ni cervicite*, et, ce qui est plus rare chez de telles malades, l'orifice du col ne laisse sourdre aucun écoulement. Nous allons voir l'importance de cette dernière constatation.

Le résultat du Bordet-Wassermann le 1er octobre 1932 se montre fortement positif de même que la réaction de Hecht. Le Vernes est à 25.

Immédiatement on institue un traitement bismuthique. Une piqûre bi-hebdomadaire de camphocarbonate de bismuth oléosoluble. La malade reçoit donc 5 piqûres du 1er octobre 1932 au 20 octobre 1932, c'est-à-dire les 1er, 5, 8, 13 et 20, sans incidents.

A cette date on change de médicament et la cure se continue par une injection de bismutho-stérol liposoluble, 2 fois par semaine, chaque piqûre contenant 0,06 de Bismuth Métal, par ampoule de 4 centimètres cubes. Elle reçoit 14 piqûres du 23 octobre 1932 au 8 décembre 1932.

Les syphilides vulvaires disparaissent rapidement, le Bordet-Wassermann reste positif mais le Vernes descend régulièrement : du 25 au début il est à 0 le 8 décembre 1932, date à laquelle notre malade se plaint de douleurs aux gencives. L'examen montre une stomatite bismuthique de moyenne intensité avec haleine fétide, liseré gingival peu marqué et plaques bleues bismuthiques de la muqueuse linguale et de la muqueuse buccale et légères ulcérations.

La malade avait à ce moment ses règles. Une fois les règles terminées l'infirmière en faisant une injection s'aperçoit d'une inflammation du col.

L'examinant à notre tour nous constatons que le col, qui naguère encore était sain, est recouvert sur toute sa surface vaginale, sauf cependant autour de l'orifice, d'un enduit pseudo-membraneux grisâtre très adhérent. Le lendemain, dans la nuit du 11 au 12, se produit par l'orifice vaginal un écoulement de sang pur très abondant accompagné des symptômes généraux d'une hémorragie sérieuse.

Le 12 décembre 1932 dès l'introduction du spéculum on est frappé par une odeur repoussante. On a de la peine à apercevoir le col qui est noyé dans un magma purulent, sanguinolent et noirâtre. Donnant alors une injection on entraîne de nombreuses fausses membranes déchiquetées qui flottent dans l'eau de l'injection. Le col paraît alors œdématié, ulcéré, saignant à la moindre tentative de détacher les fausses membranes très adhérentes qui le recouvrent.

En somme nous avons à ce moment l'impression d'une véritable gangrène.

L'état général est assez atteint, la malade est pâle, affaiblie et se plaint de sensation de pesanteur dans le bas-ventre, mais il n'y a pas de fièvre.

Le 12 décembre l'aspect est tout différent. Le col s'est détergé ; il est rouge sombre et ne saigne plus, mais l'on constate des taches punctiformes noirâtres qui rappellent l'aspect en « grains de tabac » du purpura lingual. En regardant plus attentivement on voit que chacun de ces grains surmonte une sorte de bouquet de capillaires.

Le 14, amélioration très nette : l'odeur fétide a disparu, mais le col se recouvre à nouveau d'un enduit blanchâtre assez mince mais très adhérent. Cette mince pellicule qui recouvre le col empêche de percevoir le piqueté purpurique.

Le 15 cette amélioration ne se continue pas et l'on constate que les fausses membranes, qui étaient à peine visibles la veille, s'épaississent de nouveau, deviennent jaunâtres, ne se détachent qu'avec peine en découvrant une ulcération saignante.

Episodiquement nous signalons une abondante éruption d'herpès qui

évolue très rapidement en 2 jours malgré l'abondance et le volume des vésicules.

Le 19 en pratiquant un toucher vaginal on sent très nettement sur la paroi vaginale une sorte de bourrelet qui fait tout le tour du vagin et qui semble mesurer 1/2 centimètre de largeur et d'épaisseur. On ne peut mieux comparer cette curieuse sensation qu'à celle que donnerait un large anneau de pessaire senti à travers la muqueuse vaginale. La sensation est cependant moins dure quoique assez ferme ; désireux de nous rendre compte de la cause de ce phénomène, nous introduisons 2 valves dans le vagin et nous voyons alors de la façon la plus nette que les ulcérations dépassent le col et s'étendent sur la paroi vaginale. Ces ulcérations s'avancent assez avant dans le vagin ; elles sont tantôt nues et alors d'un rouge vif saignant facilement, limitées par un bord très arrêté, tantôt recouvertes d'un enduit jaunâtre pseudo-membraneux très épais. Sur plusieurs points de ces ulcérations on voit d'une façon nette non plus les grains de tabac noirs de purpura constatés le premier jour, mais une série de petits points bleuâtres qui rappellent les taches bleues bismuthiques que l'on constate si souvent au cours des stomatites.

Ce même jour on constate que les ulcérations de la stomatite sont guéries mais que les infiltrations bismuthiques persistent.

Le 20, amélioration des lésions. Les fausses membranes ont presque complètement disparu sauf 2 îlots sur le col et une large zone sur la lèvre postérieure.

Le 21, en réclinant avec les valves, on distingne nettement sur la paroi vaginale une ulcération discontinue, circulaire, à bords découpés, festonnés, faisant le tour du vagin ; les bords en sont taillés à pic et la muqueuse est très congestionnée. Cette ulcération est bordée par un liseré rouge vif. Sur la partie périphérique de cette ulcération, on distingue encore un piqueté bismuthique assez important.

Les jours suivants l'amélioration se fait progressivement mais lentement et le 9 janvier il ne reste plus que quelques érosions. Les points bleus ont disparu depuis déjà quelques jours.

L'examen des frottis des fausses membranes fait voir le premier jour surtout des globules rouges et des cellules épithéliales et montre l'absence de microbes, en particulier de fuso-spirilles. Les jours suivants on constate en outre un dépôt fibrineux et des polynucléaires, sans que l'on voie davantage de microbes. Ceux-ci sont certainement moins abondants que dans les sécrétions physiologiques d'un vagin normal.

Examen du sang.

1° *Numération globulaire.*

Globules rouges	3.410.000
Globules blancs	17.000

2° *Formule leucocytaire.*

Polynucléaires neutrophiles . . .	49
» éosinophiles . . .	2
» basophiles	0
Grands mononucléaires	5
Moyens	0
Lymphocytes	41
Myélo neutrophiles	2
» basophiles.	1
	100

3° Temps de saignement : normal.

4° Temps de coagulation : coagulation légèrement retardée (14 minutes au lieu de 10 normalement).

5° Signe du lacet négatif.

Conclusion :

Diminution du nombre de globules rouges.

Lymphocytose marquée.

Présence de myélocytes.

Léger retard dans la coagulation.

Nous avons cru devoir poser le diagnostic de cervico-vaginite ulcéreuse bismuthique, nos arguments sont :

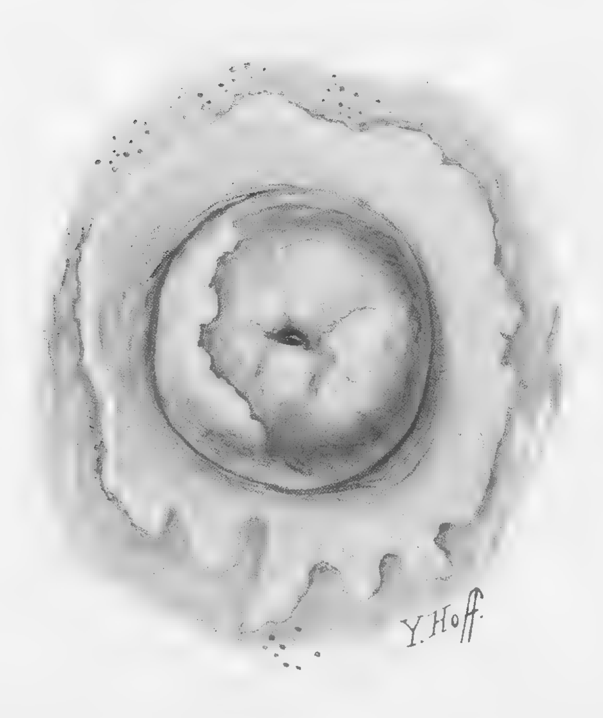
L'intégrité du col à l'entrée de la malade dans le service, la coïncidence d'une stomatite bismuthique nette et surtout la présence de grains bleus que nous attribuons, bien qu'à notre connaissance aucun cas antérieur n'en ait été rapporté, à des dépôts de bismuth dans les vaisseaux capillaires du vagin. Nous devons à la vérité d'ajouter que des applications de solutions de bleu de méthylène avaient été faites. Mais les grains bleus ont persisté malgré la cessation de ces applications et les lavages soigneux. En outre ils ne se détachaient pas même avec une friction énergique faite avec de l'ouate humide.

Il s'ajoute encore à ce fait qu'à aucun moment le canal cervical n'a laissé s'écouler de pus : on ne peut donc penser à un ensemencement du col et de la paroi vaginale par un écoulement septique venant de l'utérus.

L'examen du sang, quoique montrant une diminution relative des polynucléaires, ne permet pas de penser à une agranulocytose et, par conséquent, à une hémorragie et à des ulcérations analogues à celles qui ont été décrites par Schultz dans la bouche.

ANNALES DE DERMATOLOGIE
VIIe Série, Tome IV, No 3, Mars 1933

PLANCHE I
(Mémoire Cl. Simon, J. Bralez, Durel et Pereton)



Ulcérations du col utérin et de la face interne du vagin, recouvertes de fausses-membranes. Remarquer sur la paroi vaginale les points bleus formés par des dépôts bismuthiques.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

Nous pensons qu'on peut expliquer de la façon suivante la pathogénie de cette curieuse forme de cervico-vaginite ulcéro-membraneuse que nous avons observée. Pour une raison que nous nous expliquons mal, une accumulation de bismuth a dû se faire dans les vaisseaux capillaires, entraînant une irritation des cellules endothéliales avec obstruction consécutive, par réaction irritative de celles-ci, de la lumière de ces capillaires. Une escarre d'origine vasculaire s'est alors produite dont la chute a provoqué l'hémorragie. Cette escarre une fois détachée le long d'un sillon d'élimination, dont on peut suivre encore les ondulations rouges et bien arrêtées, a mis à nu une ulcération qui a évolué ensuite lentement vers la cicatrisation.

Nous ne pensons pas qu'il s'agisse, primitivement du moins, d'ulcérations septiques. Nous n'avons en effet constaté la présence ni de fuso-spirilles ni de microbes en quantité notable. Disons en passant qu'il n'y avait pas non plus de *bacillus crassus* et qu'on peut donc éliminer l'hypothèse d'ulcère aigu de Lipschutz. Notre malade n'avait en outre rien d'une vierge et l'ulcération n'était pas vulvaire.

Nous pensons donc qu'il s'agit d'une escarre par thrombo-capillarite. Le processus est comparable, toutes proportions gardées, à celui de la dermite livedoïde de Nicolau. Nous avons d'ailleurs antérieurement émis cette hypothèse pour expliquer les ulcérations de la stomatite bismuthique.

Nous avons cru intéressant de rapporter ce cas très rare (le premier à notre connaissance) d'une nouvelle complication de la médication bismuthique. Peut-être en existe-t-il des formes légères qui, en raison de leur siège, passent inaperçues.

L'ÉVOLUTION DU CANCER DE LA MALADIE DE BOWEN

Par M. GRZYBOWSKI
Travail de la Clinique Dermatologique de l'Université de Varsovie.

L'évolution des lésions anatomiques dans la maladie de Bowen n'est pas encore définitivement établie et l'origine des cellules dyskératosiques est toujours en discussion.

On connaît les théories principales émises sur ce point :

a) Théorie classique de Darier, évolution des cellules dyskératosiques au sein de l'épiderme même par desmolyse et leur transformation lente en lésions cancéreuses;

b) Théorie de Pautrier et de Diss, cancer primitif des glandes sudoripares (tout particulièrement de leurs conduits) avec tendance aux métastases dans l'épiderme, cancer épidermotrope;

c) Théorie tout récemment émise par Rousset, origine des cellules « claires » et par conséquent du cancer de la maladie de Bowen des glandes sébacées.

Cette dernière théorie ne nous paraît pas être convaincante et nos propres préparations histologiques de la maladie de Bowen pas plus que les microphotographies de M. Rousset ne nous paraissent confirmer cette opinion.

Par contre la théorie de M. Darier et celle de MM. Pautrier et Diss semblent reposer sur des bases solides. Personnellement, nous ne savions à laquelle donner préférence, étant dans un certain degré partisan des deux théories opposées. En fait, la plupart des cas de la maladie de Bowen observés et décrits se rapportent uniquement à des lésions épidermiques et à la présence de cellules dyskératosiques, sans lésions des glandes sudorales, ce qui est la base solide de la théorie de M. Darier; de plus les lésions dans la maladie de Bowen sont souvent multiples et il est peu probable

que des tumeurs profondes soient méconnues malgré leur abondance dans tous les cas publiés ; tandis que cette éventualité se propose comme logique, si on admet les conceptions de M. Pautrier.

D'autre part les cas de maladie de Bowen avec cancer profond — si rares soient-ils — ne peuvent être considérés que comme étayant la très intéressante théorie strasbourgeoise.

L'observation, que nous citons ci-dessous nous paraît intéressante pour l'étude de l'évolution des lésions de la maladie de Bowen et de l'origine des cellules dyskératosiques.

Elise J..., âgée de 77 ans s'est présentée à la consultation de la clinique dermatologique de l'Université de Varsovie en mai 1930 pour une lésion de la dimension d'une pièce de deux francs située dans la région temporale gauche. Les antécédents familiaux et personnels de la malade ne décelaient rien d'important. La lésion avait débuté deux ans auparavant par une croûte qui augmenta lentement pour atteindre la dimension indiquée. Selon les dires de la malade elle ne s'est pas développée sur un nævus.

L'état général est satisfaisant et il reste tel jusqu'à présent; nous n'avons dépisté aucune tumeur des organes. Sur la peau de la face et des mains existent de nombreuses taches de lentigo et sur celle du dos nous avons constaté la présence de 4-5 angiomes séniles.

La lésion de la région temporale gauche, que nous décrivons, est vaguement polycyclique, couverte de croûtes épaisses et suinte après leur enlèvement.

Sa partie centrale présente une tumeur de la grosseur d'un haricot, entourée d'une zone suintante, de la teinte rose du psoriasis impétiginisé; elle est manifestement rugueuse, légèrement papillomateuse. Les bords de cette zone étaient nets, mais sans la moindre trace du bourrelet si caractéristique des épithéliomas basocellulaires. Les ganglions rétroauriculaires et sous-maxillaires n'étaient pas perceptibles au toucher; la lésion elle-même n'était pas douloureuse.

Le diagnostique clinique d'épithélioma était posé, mais nous hésitions sur la signification de la zone légèrement papillomateuse, qui entourait la tumeur centrale, et le tableau histologique nous paraissait intéressant.

La biopsie pratiquée révéla la probabilité d'une maladie de Bowen ; on décida l'ablation complète de la tumeur avec radiothérapie consécutive de la cicatrice et de la région ganglionnaire. Après un traitement et un contrôle de près de deux ans l'état général de la malade est parfait ; aucune récidive ne s'est produite dans la cicatrice, mais sous l'angle du maxillaire sont apparus quelques semaines après l'ablation de la tumeur temporale, deux ganglions qui se développent lentement.

Toute la pièce opératoire fut soumise à l'examen histologique ; on constata des lésions qui peuvent être classées en trois ordres de faits.

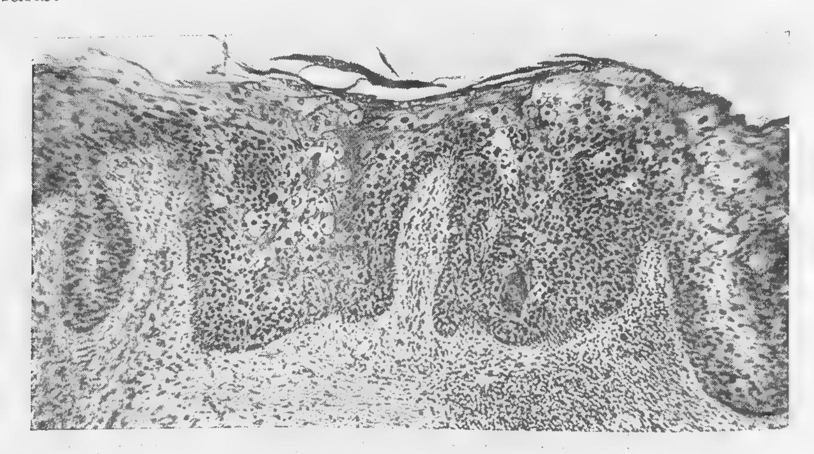


Fig. 1. — Une partie de l'épiderme avec de nombreuses cellules claires et dyskératosiques. Gross. : 84 diamètres.

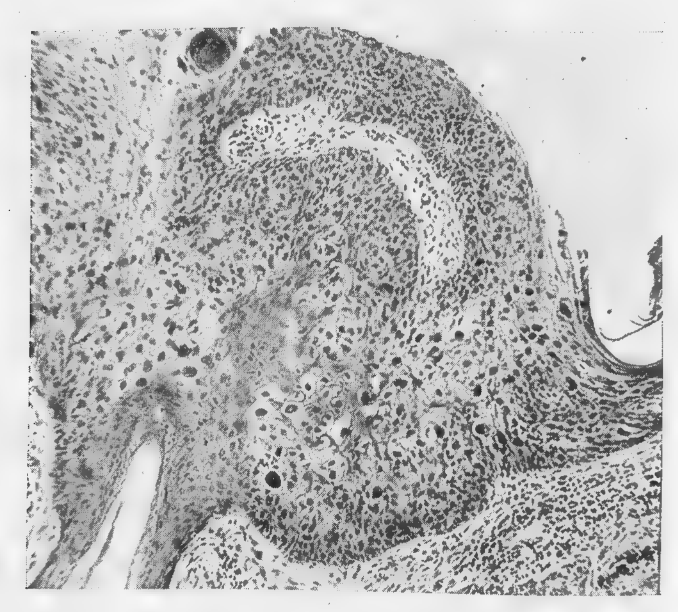


Fig. 2. — Nombreuses cellules claires et dyskératosiques à proximité d'un follicule pileux. Gross. : 105 diamètres.

1° Les lésions, probablement les plus récentes, de la partie la plus périphérique du placard (fig. 1 et 2) qui présentent un tableau tout à fait caractéristique de la maladie de Bowen.

2° La zone voisine de la tumeur centrale présente un épaississement massif de l'épiderme avec un remaniement complet de l'architecture de l'épiderme normal et avec présence de cellules claires (fig. 3), qui remplacent l'épiderme normal ; les lésions de cette zone paraissent analogues aux lésions décrites par M. Civatte dans sa

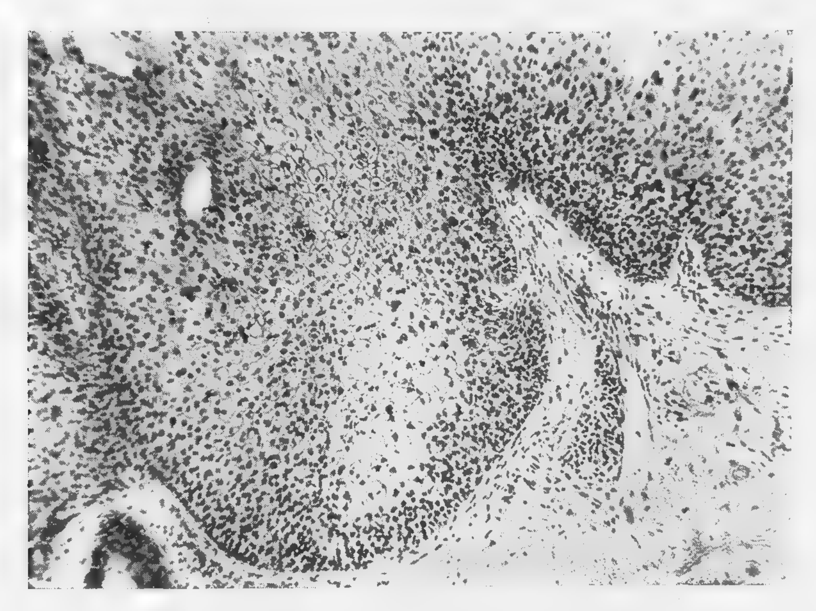


Fig. 3. — Partie de l'épiderme très épaissie, présentant un bourgeon épidermique complètement envahi par les cellules claires. La couche basale est intacte et forme une sorte de coque. Gross. : 109 diamètres.

très intéressante publication sur la maladie de Bowen, parue dans les *Comptes rendus du Congrès de Barcelone*.

3° La tumeur centrale est absolument différente dans sa structure des lésions des deux zones périphériques. Cette zone présente de nombreux lobes tumoraux qui remplissent tout le derme et le tissu adipeux sous-jacent.

En suivant la description des lésions dès leur début, à partir de la zone périphérique, on parvient à se faire une opinion sur la nature et l'évolution des lésions constatées.

A. Zone périphérique. L'épiderme de cette partie est épaissi, les bourgeons interpapillaires sont très massifs mais réguliers, on trouve cependant des parties de bourgeons enchâssées dans le derme et détachées de l'épiderme ; la structure néoplasique est par conséquent manifeste dans cette partie de la lésion. Les cellules de l'épiderme sont fusiformes, ont peu de protoplasme et des noyaux ovalaires avec beaucoup de chromatine ; l'acidophilie caractéristique du protoplasme des cellules épidermiques est manifestement

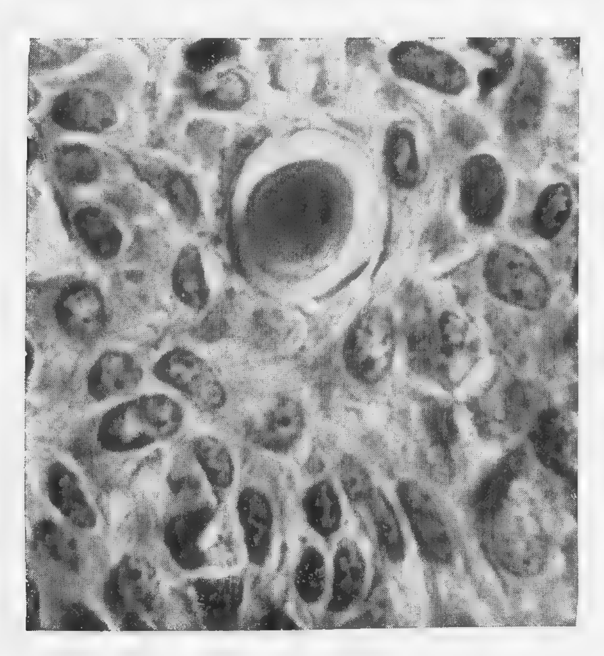


Fig. 4. — Cellule « en manteux ». Gross. : 955 diamètres.

abaissée ; les filaments intercellulaires sont cependant colorables quoique faiblement, en somme les lésions sont proches, par leur aspect, des épithéliomas basocellulaires.

Dans l'épiderme modifié l'on constate de nombreuses boules de substance hyaline, des cellules monstrueuses (clumping cells), des cellules dites à manteaux (fig. 4) et des cellules claires ; les particularités cellulaires, le nombre des cellules anormales prouvent bien, qu'il s'agit là d'un cas de dermatose de Bowen. Notons que les

noyaux de quelques-unes des cellules monstrueuses ont des dimensions énormes tout à fait inhabituelles aux cellules de l'épiderme normal ou même des épithéliomas (fig. 5).

L'épiderme dans cette partie est couvert de squames parakératosiques, dans lesquelles on aperçoit des grains et des cellules dites dyskératosiques. Dans le derme, au voisinage des bourgeons néoplasiques, existe une réaction lympho- et plasmocytaire ; malgré l'exa-

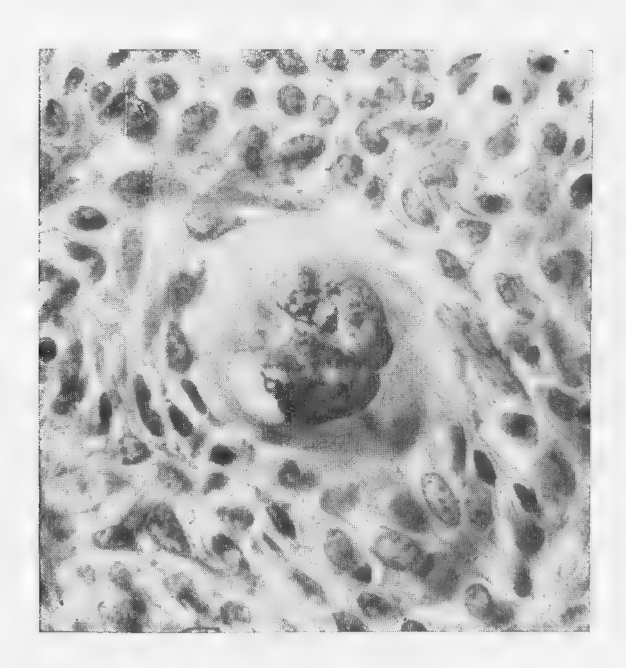


Fig. 5. — Une cellule monstrueuse au milieu d'un nid cellulaire ; les limites duquel ne sont pas très nettes. Gross. : 650 diamètres.

men d'une grande quantité de coupes nous n'avons pas observé, sur les pièces provenant de cette partie de la tumeur de lésions des glandes sudoripares ni de leurs conduits ; dans la profondeur du derme il n'y avait pas de néoplasme.

Le détail le plus singulier de cette partie du placard examiné c'était la présence de très nombreux groupements cellulaires inclus dans l'épiderme ; parmi les quelques centaines d'épithéliomas de la peau que nous avons eu l'occasion d'examiner, nous n'avons jamais

constaté de pareils groupements. A notre connaissance, le seul auteur qui ait décrit de semblables lésions est M. Civatte, qui présenta un cas très intéressant de la maladie de Bowen au Congrès de Barcelone. Malheureusement les dessins parus dans les *Comptes rendus du Congrès* sont peu instructifs et nous ne savons pas si les lésions observées par nous correspondent exactement à celles observées par M. Civatte.

Dans notre cas ces groupements — que nous appelons « nids

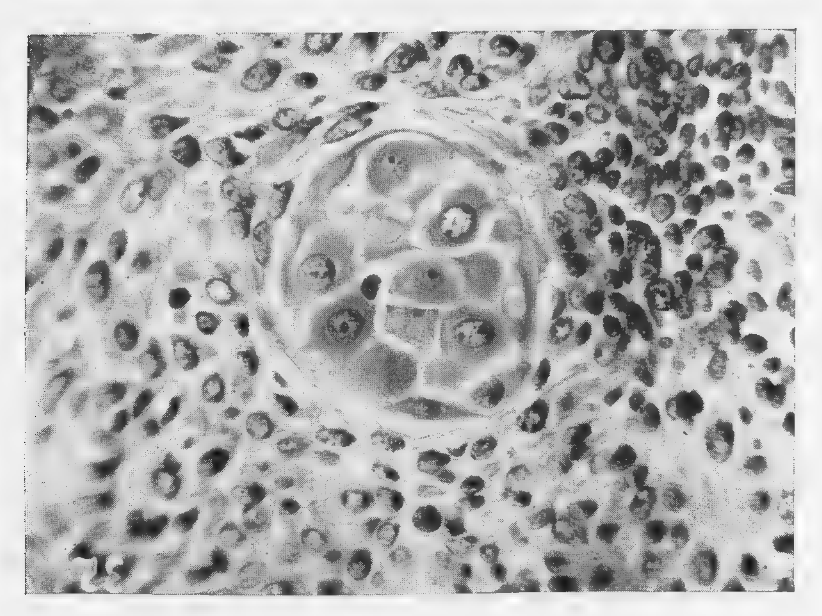


Fig. 6. — Un nid cellulaire entouré de cellules de l'aspect des cellules des épithéliomas basocellulaires. Gross. : 600 diamètres.

cellulaires » — sont très nombreux, ils se trouvent à tous les niveaux de l'épiderme ; le plus souvent ces nids sont ronds et sur les coupes en séries il n'est pas difficile de constater qu'ils forment des groupements sphériques entourés d'épiderme néoplasique tel que nous l'avons décrit ci-dessus. Ces nids n'ont pas de connexion directe avec les annexes de l'épiderme (glandes sudoripares, glandes sébacées, follicules pileux), les jeunes nids situés dans l'épiderme sont composés de 16-20 cellules, les nids situés au voisinage de

la couche basale sont beaucoup plus petits. Certains nids n'ont pas une forme ronde, mais constituent des amas irréguliers. Les cellules des « nids » sont plus volumineuses que les cellules de l'épiderme normal et que les cellules qui les entourent; elles sont polygonales, ont un protoplasme manifestement acidophile, contiennent un noyau rond assez clair, ayant l'aspect des noyaux des cellules épidermiques ou même glandulaires (fig. 6 et 7).

Les cellules qui composent ces nids ont des ponts intercellulai-

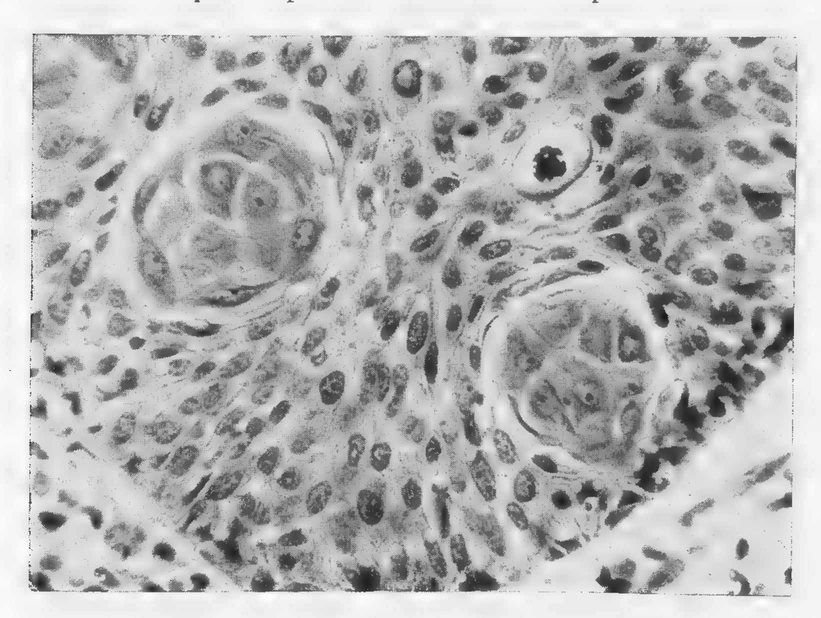


Fig. 7. — Deux nids au voisinage de la basale et une cellule dyskératosique. Gross. : 485 diamètres.

res; il est par conséquent probable, qu'il s'agit de cellules épidermiques.

Les nids cellulaires se trouvent sur une hauteur variable de l'épiderme ; souvent ils se trouvent sur la couche basale de l'épiderme (fig. 8), parfois il s'agit d'un très petit nombre de cellules disposées d'une façon qui permet de supposer que lesdits nids proviennent de cette couche par un processus de détachement (ségrégation ou desmolyse de Darier), ces petits nids ont une forme irrégulière (fig. 9).

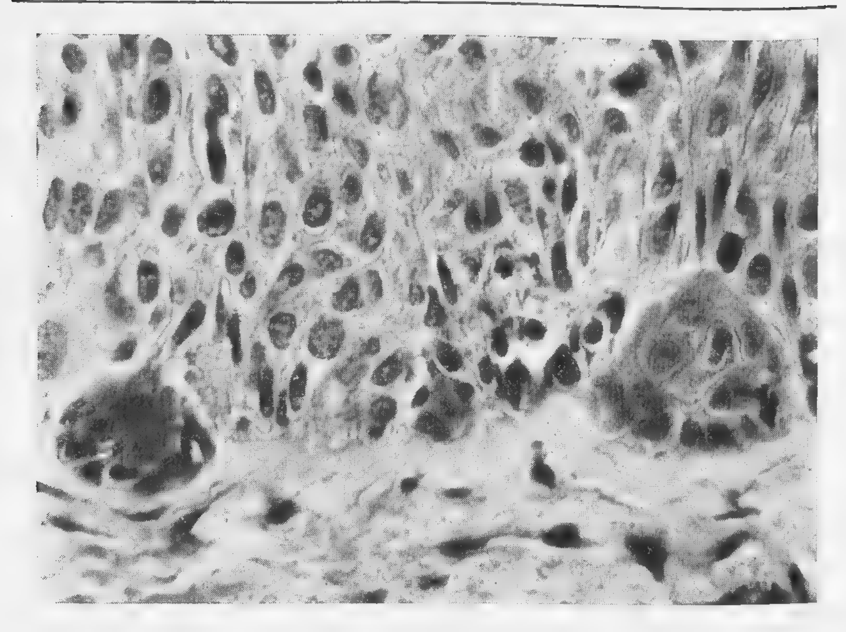


Fig. 8. — Deux nids de la couche basale et petits groupements cellulaires, ébauche des nids jeunes. On aperçoit des ponts intercellulaires dans le nid gauche. Les nids sont de forme irrégulière. Gross. : 720 diamètres.

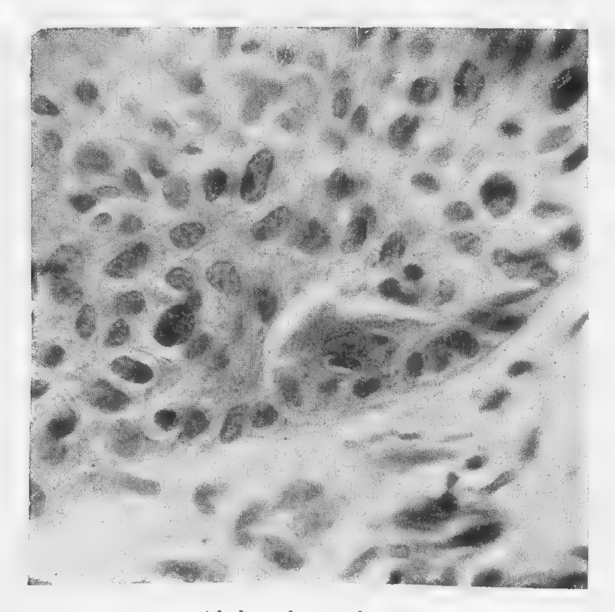


Fig. 9. — Formation d'un nid dans la couche basale. Gross. : 650 diamètres.

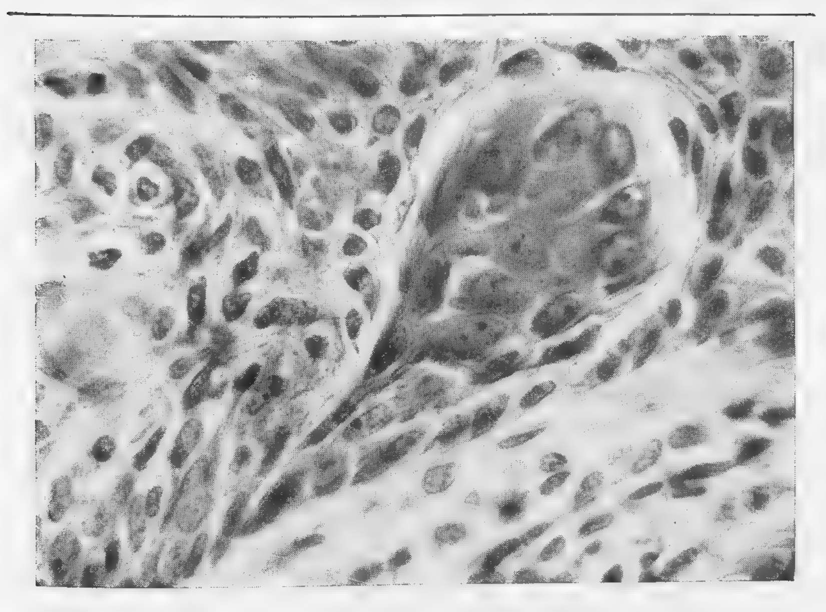


Fig. 10. — Grand nid avec une prolongation pédonculaire. Présence des ponts intercellulaires. Gross. : 650 diamètres.

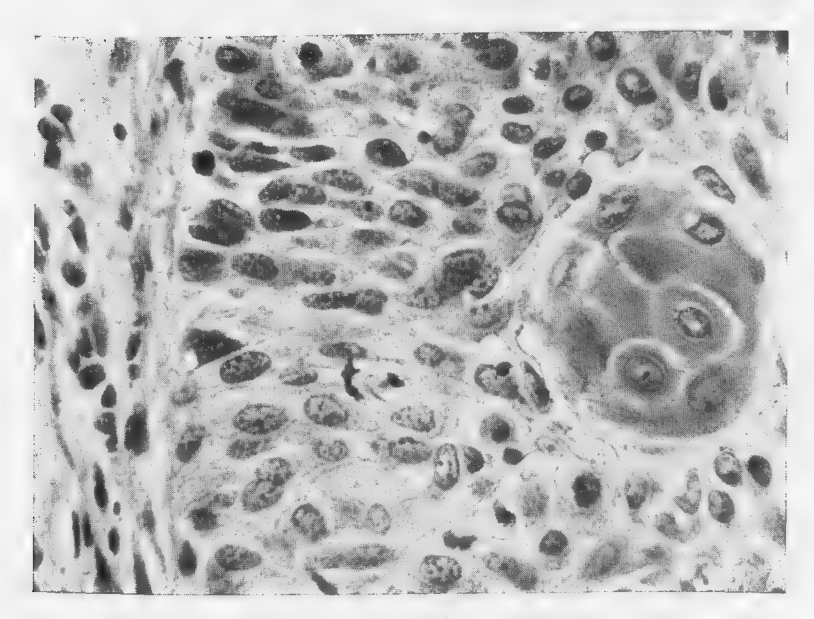


Fig. 11. — Un grand nid éloigné de la basale et lié à elle par un pseudo-canalicule. Gross. : 605 diamètres.

Au fur et à mesure de leur ascension les nids se détachent de la couche basale de l'épiderme ; certains d'entre eux restent liés à la basale par une sorte de pédicule (fig. 10 ; les autres laissent après eux une sorte de canal qui marque certainement la route par laquelle le nid s'est éloigné de la couche basale (fig. 11).

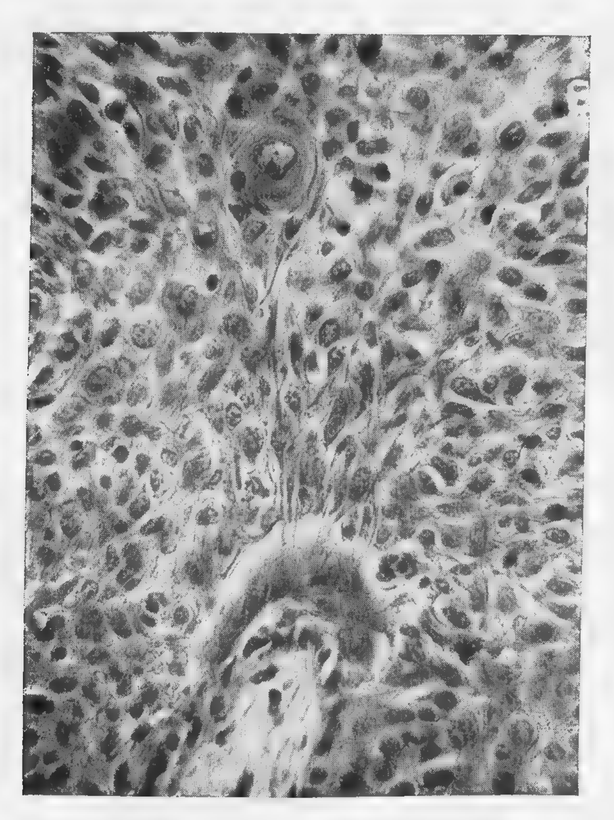


Fig. 12. — Une cellule monstrueuse liée par une traînée des cellules fusiformes à un « nid » en forme de croissant au sommet d'une papille. Gross. : 383 diamètres.

Au voisinage des nids cellulaires se trouvent souvent des cellules dyskératosiques, liées aux nids par des prolongements cellulaires ou par une traînée de cellules fusiformes (fig. 12), filamenteuses ; dans d'autres points, les cellules dyskératosiques se trouvent au centre des nids, dont les bords ne sont pas aussi nets que d'ordi-

naire (v. fig. 5). On peut supposer par conséquent que certaines cellules dyskératosiques proviennent des nids cellulaires décrits ci-dessus.

Ce n'est peut-être pas le cas pour toutes les cellules dyskératosiques, car nous avons observé nombre d'elles sans connexion avec les nids ; d'autre part l'existence de cas de maladie de Bowen, présentant de nombreuses cellules dyskératosiques sans nids cellulaires est la meilleure preuve que les cellules dyskératosiques peuvent naître indépendamment de ces nids cellulaires.

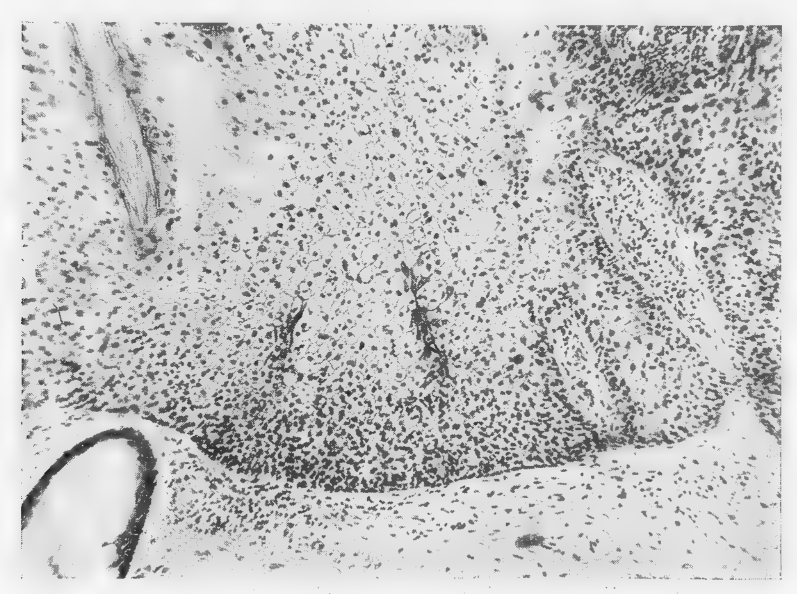


Fig. 13. — Partie plus ancienne composée uniquement de cellules claires. Gross. : 103 diamètres.

Nous pensons cependant que la formation des cellules dyskératosiques et aussi des nids cellulaires sont des processus analogues quant à leur genèse et nous sommes disposés à croire qu'il s'agit, dans ces cas, d'un processus de détachement de l'épiderme d'une cellule unique ou, dans d'autres cas, d'un groupement cellulaire (formation des nids), qui se cancérisent consécutivement. C'est par conséquent le processus que M. Darier nomme « ségrégation ».

B. Dans d'autres parties du placard examiné les lésions sont pro-

bablement plus anciennes et consistent dans un bouleversement complet de la structure de l'épiderme et la présence de très nombreuses cellules claires. Ces cellules se trouvent isolées et, dans ce cas, il est aisé de reconstruire toute une série de cellules dyskératosiques qui probablement, grâce au gonflement du plasma, se transforment en cellules claires.

Dans d'autres parties les cellules claires forment des masses compactes qui ont complètement envahi l'épiderme normal duquel

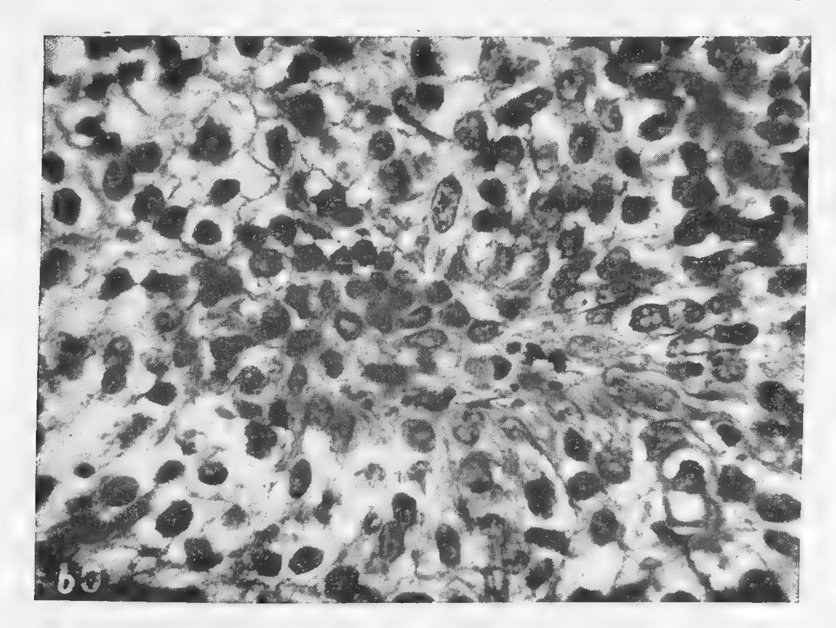


Fig. 14. — Un nid cellulaire duquel proviennent les cellules claires. Gross. : 591 diamètres.

ne restent que les follicules pileux et les conduits des glandes sudoripares (fig. 13). Les masses de cellules claires sont entourées, comme par une coque, d'une couche de cellules basales qui garde partout son intégrité (v. fig. 3).

Les cellules claires ne doivent pas uniquement leur origine aux cellules dyskératosiques (par gonflement) ; elles proviennent aussi des nids cellulaires que nous avons décrits ; nous avons observé de nombreux nids plus ou moins modifiés qui formaient un centre, duquel émanaient des cellules à disposition radiée ; au fur et à

mesure de leur éloignement du centre lesdites cellules devenaient de plus en plus claires (fig. 14). De pareils aspects prouvent, que les cellules claires proviennent autant des cellules dyskératosiques que des nids cellulaires. Ceci confirme notre supposition, que la formation des nids et des cellules dyskératosiques sont des phénomènes analogues.

On peut résumer de la manière suivante les constatations faites dans ces deux zones du placard observé chez notre malade : dans l'épiderme qui présente des signes de dégénérescence néoplasique au début — apparaissent des cellules anormales (dyskératosiques) isolées et des groupements des cellules épidermiques — nids cellulaires. C'est le stade de précancérose, dans lequel les lésions correspondent aux phénomènes décrits par Darier sous le nom de desmolyse; les cellules dyskératosiques et les nids se modifient dans le sens de cellules dites « claires » qui peuvent former de véritables néoplasies de l'épiderme en le détruisant complètement; ce stade correspond à la formation d'un épithélioma intra-épidermique.

Considéré sous ce point de vue, le cas que nous étudions apparaît comme un exemple de maladie de Bowen avec certaines particularités (formation des nids), mais l'ensemble des lésions paraît confirmer le point de vue de M. Darier sur l'origine des lésions épidermiques dans la maladie de Bowen.

C. Cependant l'étude de la grosse tumeur qui forme la partie centrale du placard prouve que le processus de ségrégation ou de desmolyse constitue seulement une partie des lésions qui existaient dans le placard examiné.

Le tableau histologique de la partie centrale du placard (tumeur) examiné présente un aspect tellement particulier que nous avons longtemps hésité sur la nature des lésions. Tout le derme, dans cette partie, est rempli de nombreux lobes tumoraux entourés de fibres de tissu conjonctif pauvres en éléments cellulaires et présentant l'aspect scléreux. Les lobes tumoraux entourés par le collagène sont beaucoup plus volumineux dans la partie supérieure du derme que dans la profondeur; les lobes tumoraux sont ronds ou ovalaires, composés de cellules munies d'un noyau rond, très riche en chromatine; le protoplasma de ces cellules n'est presque pas colorable par les colorants ordinaires et il n'est dénoncé que

par la présence de petits filaments qui sont, semble-t-il, les restes du protoplasma très infiltré d'eau ; sous ce point de vue ces cellules ressemblent vaguement aux cellules claires de l'épiderme, elles aussi étant très infiltrées d'eau. Ces cellules ainsi que les cellules claires de l'épiderme ne contiennent ni glycogène ni mucus.

Les grands lobes tumoraux de la partie supérieure du derme ont souvent une partie corticale composée des cellules décrites ci-dessus et une partie centrale formée de très nombreuses granulations



Fig. 15. — Un grand lobe tumoral avec une partie corticale cellulaire et une partie centrale granuleuse. Gross. : 105 diamètres.

fortement acidophiles, de dimensions plus petites que les noyaux desdites cellules ; ces granulations sont rondes et amorphes (fig. 15). Nous avons longtemps hésité sur la nature des lésions observées dans cette partie de la tumeur, mais en examinant les lobes tumoraux de la partie profonde du derme à la limite du tissu adipeux nous avons pu constater des lobes très petits dans lesquels les cellules n'étaient pas encore hydropisées et qui étaient absolument comparables aux lobes des glandes sudoripares. L'ensemble de la lésion dans cette partie du derme, présentait l'aspect d'un

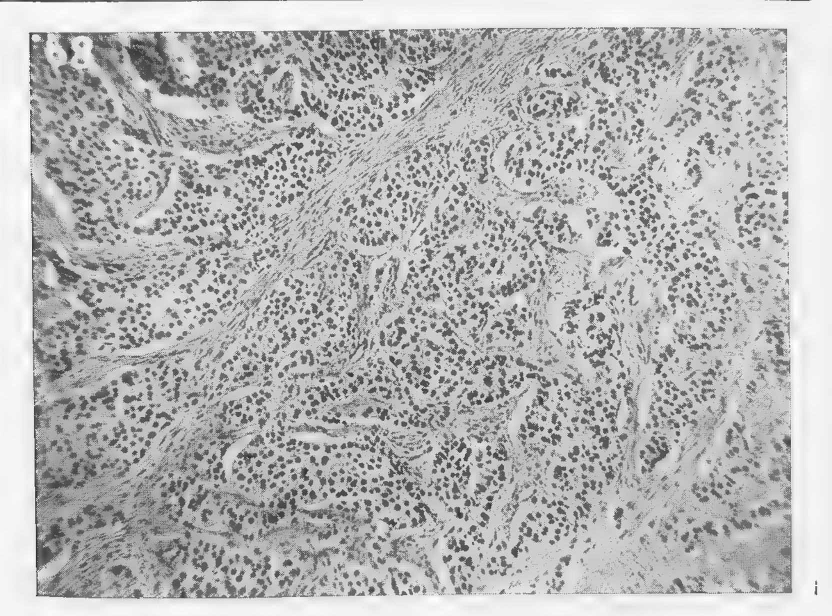


Fig. 16. — Partie profonde de la tumeur : présence des nombreux lobes néoplasiques, d'aspect glandulaire. Gross. : 105 diamètres.

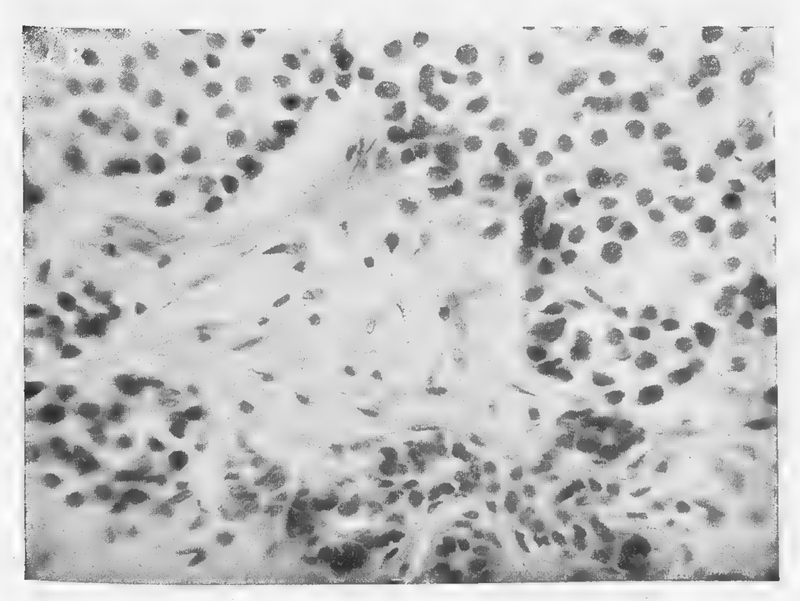


Fig. 17. — La partie profonde garde l'aspect des acini sudoraux, la partie superficielle est manifestement d'aspect néoplasique. Gross. : 403 diamètres.

adéno-carcinome (fig. 16) ; nous avons pu trouver des *coupes dont une partie était composée de lobes glandulaires des acini des glandes sudoripares*, tandis qu'une autre partie présentait des signes manifestes d'évolution néoplasique ; dans cette partie de la coupe les cellules tumorales commençaient déjà de s'hydropiser (fig. 17).

En examinant un grand nombre de coupes, nous avons pu trouver d'autres tableaux qui confirment l'origine de cette tumeur aux

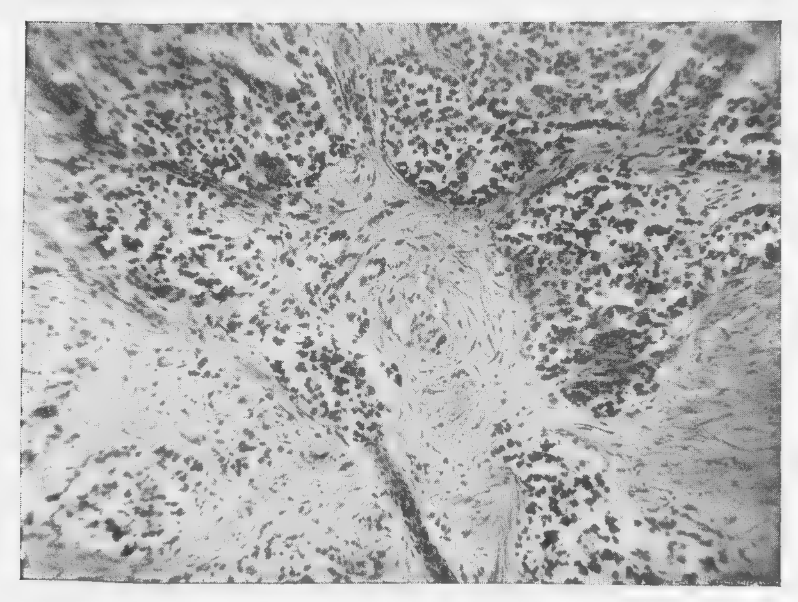


Fig. 18. — Un conduit d'une glande sudoripare terminé par une masse néoplasique. Gross. : 127 diamètres.

dépens des glandes sudoripares ; ainsi nous avons trouvé un conduit d'une glande sudoripare interrompu par une masse tumorale qui selon les apparences provient de ce conduit (fig. 18). A la rigueur il est difficile de prouver que c'est le conduit de la glande qui donne lieu au développement de la tumeur et il est toujours possible d'admettre que la tumeur, en évoluant, a détruit le conduit. C'est cependant une question de détail, car l'aspect lobulé de la tumeur présentant une grande ressemblance avec les acini des glandes sudoripares ne nous laisse aucun doute sur l'origine de la tumeur.

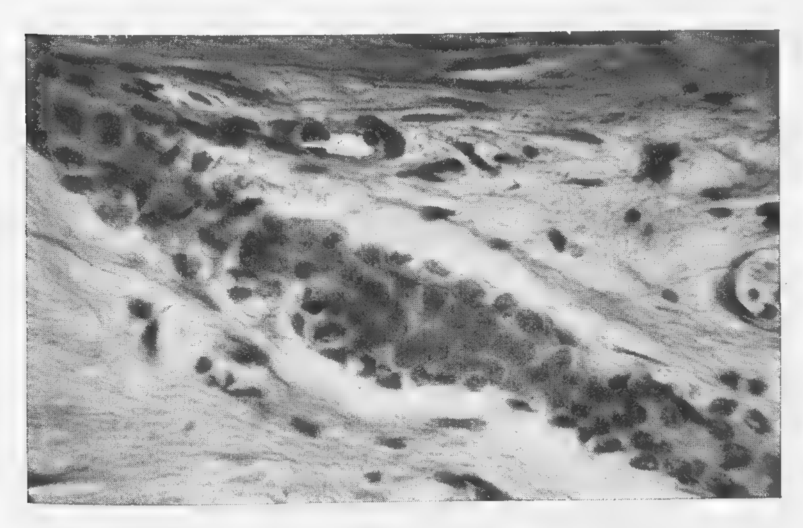


Fig. 19. — Début du processus néoplasique sur un conduit d'une glande sudoripare. Gross. : 553 diamètres.



Fig. 20. — Un grand lobe tumoral avec une prolongation pédonculaire munie d'un petit canalicule. Gross. : 127 diamètres.

Cependant nous croyons personnellement qu'il s'agit dans le cas particulier de l'évolution de la néoplasie du conduit de la glande sudoripare et il nous paraît que nous avons trouvé des tableaux (fig. 19) qui correspondent au début du processus néoplasique dans le conduit. Sur les grands lobes de la partie supérieure du derme nous avons trouvé des lésions qui nous semblent plaider dans le même sens ; ainsi certains grands lobes sont munis d'une prolongation pédonculaire (fig. 20), dans laquelle on observe même une sorte de conduit ; les cellules de ces lobes sont absolument comparables aux cellules de toute la masse tumorale que nous venons d'étudier.

Nous considérons par conséquent comme démontrée l'origine de la tumeur aux dépens des glandes sudoripares. Un point reste encore à discuter, c'est la constitution si particulière des grands lobes de la couche supérieure du derme, notamment la présence d'une couche corticale cellulaire et d'une couche centrale granuleuse (v. fig. 15).

Nous sommes convaincu que la couche périphérique correspond à la partie cellulaire des acini des glandes et que la couche centrale est constituée par les produits de sécrétion et de dégénérescence des cellules glandulaires. Les histologistes connaissent bien les corps ronds, fortement acidophiles, fréquemment observés dans les grandes glandes sudoripares de l'aisselle et tout particulièrement dans la maladie de Fox-Fordyce; or les parties granuleuses centrales desdits lobes sont composées de masses granuleuses tout à fait analogues, mais particulièrement abondantes; c'est à notre avis une nouvelle preuve de l'origine de la tumeur. Il est possible que la tumeur provienne de glandes sudorales apocrines.

Pour résumer l'ensemble des lésions observées dans le placard examiné : on constate d'abord la présence d'une tumeur partant des glandes sudorales ; on observe ensuite dans l'épiderme de nombreuses cellules dyskératosiques très particulières à la maladie de Bowen et des groupements cellulaires (nids).

Il est très probable que des cellules dyskératosiques et les nids cellulaires donnent naissance aux cellules claires qui constituent un vrai cancer épidermique.

L'origine desdites cellules dyskératosiques et des nids est discutable ; il nous paraît peu vraisemblable qu'il s'agisse, dans ce cas, de l'émigration cellulaire du cancer profond : d'une part, dans les

parties riches en cellules dyskératosiques et en nids nous n'avons pas trouvé de tumeurs profondes ; d'autre part, les cellules des nids sont munies de ponts intercellulaires, ce qui caractérise les cellules épidermiquees. Du reste, l'aspect des cellules des nids et leur disposition plaide en faveur de leur origine épidermique. Enfin dans l'épiderme de revêtement de la partie centrale du placard (tumeur) on constate de nombreuses métastases cellulaires constitués de cellules analogues aux cellules des lobes profonds ; ces métastases sont tout à fait comparables aux métastases que l'on observe ordinaire-



Fig. 21. — Nombreuses métastases dans l'épiderme, d'aspect absolument différent des nids cellulaires. Gross. : 128 diamètres.

ment dans les cas d'un adénocarcinome de la glande mammaire avec envahissement de l'épiderme (fig. 21). Ces métastases sont complètement différentes, par leur disposition et aspect, des nids dont nous parlons, et ceci constitue à notre avis, une preuve que les nids cellulaires ne sont pas des produits de métastase ou immigration cellulaire.

Il est par conséquent peu probable que la formation des nids cellulaires, c'est-à-dire le processus initial de la maladie de Bowen, soit due au processus d'envahissement de l'épiderme par des cellules tumorales d'origine profonde ; elle s'explique plutôt par leur

origine endoépidermique, par une sorte de « ségrégation », comme l'a décrit Darier.

Peut-il s'agir de deux processus parallèles : formation d'un cancer sudoral d'une part, et ségrégation cellulaire d'autre part, ou bien d'un seul et unique phénomène, qui est à la base de ces deux ordres de faits ? Nous penchons pour cette dernière éventualité. Tout d'abord il est peu probable que dans le même placard d'une seule et unique maladie néoplasique se développent des phénomènes

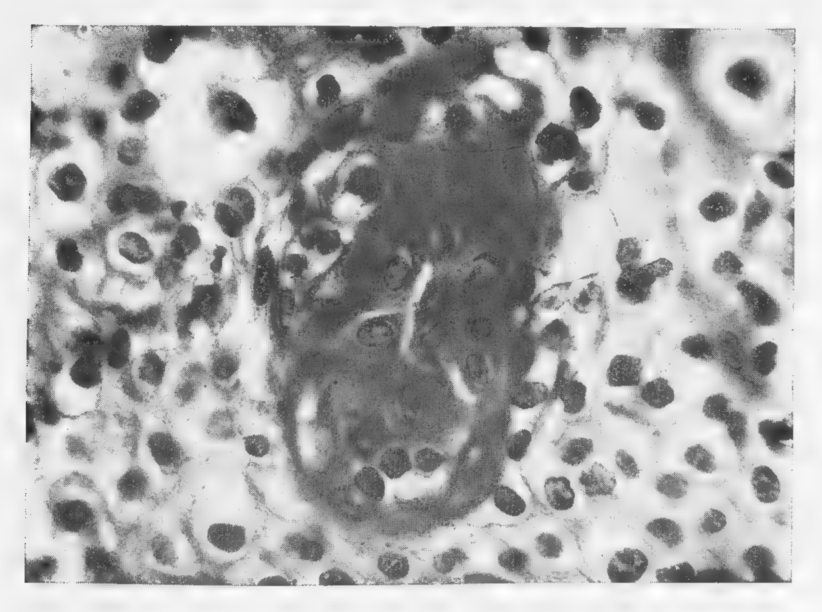


Fig. 22. — Un grand nid avec une ébauche de canalicule central. Gross. : 455 diamètres.

différents ; avouons cependant que cet argument est plutôt d'ordre spéculatif et par lui-même de valeur très restreinte.

Nous pouvons cependant présenter des arguments objectifs à l'appui de cette hypothèse.

C'est ainsi que certains nids, par leur forme ronde, par la régularité de la disposition des cellules rangées dans les petits nids en une couche, rappellent vivement, par leur aspect, les sections transversales des conduits des glandes sudorales. Nous avons même observé de pareils nids avec une ébauche de canalicule central ; il

est donc possible qu'il s'agisse ici de formations voisines des conduits sudoraux (fig. 22).

Nous avons déjà eu l'occasion de mentionner que les nids cellulaires observés par nous n'avaient pas de connexion directe avec les conduits des glandes sudoripares et que nous avions l'impression qu'ils se développaient par ségrégation et évolution ultérieure des cellules de la couche basale.

On sait cependant que la dégénérescence néoplasique de la couche basale donne lieu à l'évolution des épithéliomas baso-cellulaires d'un aspect très caractéristique, ce qui n'est pas le cas dans notre observation.

Comment donc expliquer l'évolution tellement particulière d'une néoplasie provenant de la couche basale, l'aspect si particulier des nids et surtout leur ressemblance aux conduits des glandes sudoripares?

Nous croyons possible d'émettre la supposition qu'il s'agit dans le cas particulier d'un processus de ségrégation des cellules spéciales de la couche basale, notamment des cellules qui ont une connexion évolutive avec les glandes sudoripares. Ce n'est qu'une simple supposition à la confirmation de laquelle nous ne trouvons pas de preuves, mais il nous est difficile d'expliquer autrement le phénomène.

En résumé nous croyons que, si dans le cas de maladie de Bowen observé par nous il est possible que les lésions épidermiques proviennent d'une ségrégation des cellules, c'est-à-dire de l'évolution des lésions suivant le schéma indiqué par M. Darier, il est cependant hors de doute, qu'il s'agit en même temps d'un cancer des glandes sudoripares, et cela confirme la théorie de M. Pautrier.

LA BACILLÉMIE ET LA FIÈVRE LÉPREUSE

Par J. MARKIANOS
Chef de Service à la Station antilépreuse d'Athènes.
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris (Prix Zambaco 1930).

C'est au professeur Gougerot que revient le mérite d'avoir signalé pour la première fois, en 1906, l'existence de la bacillémie lépreuse. Cette constatation fut confirmée par divers auteurs et particulièrement par Jadassohn, Martin de Castro et Salle Gomes, par Babes et par d'autres, tandis qu'elle fut niée par Neisser, Arning, etc., qui assurent n'avoir jamais trouvé le bacille de Hansen dans le sang circulant. Profitant du riche matériel de malades dont nous disposons dans notre service de la Station antilépreuse d'Athènes, et pour nous confirmer nos idées personnelles, nous avons repris l'étude de la question et nous rapportons aujourd'hui les résultats de nos recherches.

La bacillémie lépreuse doit être étudiée dans les diverses formes de la maladie de Hansen, à savoir :

1) Dans la forme nerveuse,
2) Dans la forme maculeuse,
3) Dans la forme tuberculeuse,
4) Dans la forme mixte.

Mais à côté de ces modalités cliniques, on doit prendre en considération particulière quelques facteurs morbides qui contribuent largement aussi bien à la provocation qu'à la manifestation de la bacillémie lépreuse. Ces facteurs peuvent se résumer :

1) L'état fébrile et non fébrile du lépreux,
2) L'étendue des lésions lépreuses,
3) L'état général de l'organisme du lépreux, et sa capacité de résistance à l'infection, etc.

Parmi ces différents facteurs, les poussées fébriles sont les plus intéressantes à cause de leur évolution prolongée dans la grande

majorité des cas, et, par conséquent, à cause de leur gravité. C'est pourquoi nous nous y arrêterons un instant.

La fièvre lépreuse. — Comme tout malade souffrant d'une maladie chronique, les lépreux sont exposés à d'autres affections et à leurs manifestations fébriles. La tuberculose est assez fréquente chez les lépreux; la pneumonie, la bronchopneumonie, les infections typhiques ou paratyphiques, etc., peuvent se développer également. Non seulement la lèpre n'empêche pas leur éclosion, mais au contraire elle favorise l'infection par affaiblissement de l'organisme.

Mais à côté de ces états morbides et fébriles il existe une fièvre purement lépreuse. Cette fièvre débute insidieusement. Le malade se sent réchauffé vers le soir et au cours de la nuit. Quelques légers frissons précèdent généralement l'élévation du thermomètre. Quelquefois il y a des sueurs profuses, mais la majeure partie des cas ne s'accompagne pas de ce symptôme. Le malade souffre également de douleurs rhumatoïdes, souvent d'une céphalée excessive, de douleurs des os et des articulations; la langue est chargée, l'appétit diminué, le malade repousse tout aliment. Toute cette série de symptômes simule assez bien les accès paludéens. Au cours de cet état, en cherchant le plasmodium de Laveran, on trouve à sa place par le même procédé quelques rares bacilles acido-résistants, en colorant seulement le frottis par le Ziehl comme nous l'indiquerons plus loin.

La fièvre lépreuse est la conséquence d'une septicémie lépreuse. Elle éclate habituellement vers la soirée, mais elle peut survenir dans la journée à n'importe quelle heure, selon la décharge bacillaire qui se produit dans le courant sanguin. La température monte irrégulièrement, tantôt plus ou moins lentement, tantôt d'une manière brusque. Parfois, le malade tombe presque foudroyé, dans quelques cas avec des vomissements répétés et épuisants, des lipothymies, et un état syncopal; il vomit tout ce qu'il prend par la bouche, et les antivomitifs sont complètement insuffisants pour retenir le moindre aliment dans l'estomac. Dans ces cas vraiment dramatiques il vaut mieux alimenter le malade par lavement et s'abstenir d'alimentation par la voie buccale pendant deux ou trois jours. Les bacilles de Hansen pullulent alors dans le sang périphérique comme on peut s'en rendre facilement compte en examinant en couche épaisse une

goutte du sang provenant de n'importe quelle région de la peau saine.

Cette bacillémie donne lieu à l'apparition, sur différentes parties de la peau, de taches lépreuses ou de macules, ou de nodules, excessivement douloureux au toucher dans certains cas. Une de

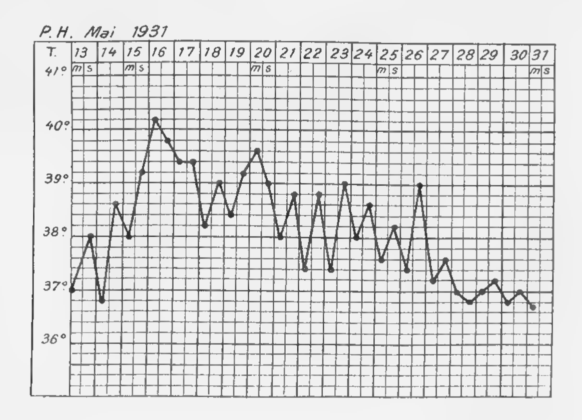


Fig. 1.

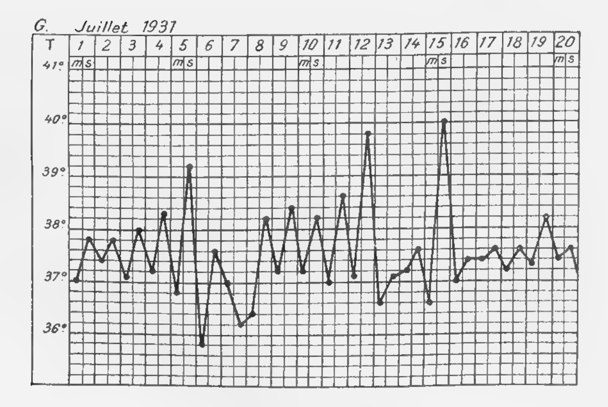


Fig. 2.

nos malades, atteinte d'une éruption nodulaire au cours d'une bacillémie, ne pouvait supporter même le contact de ses propres vêtements. Il s'agit sans doute d'une hypersensibilité qui cède au cours de la première semaine, le sujet retombant dans l'anesthésie

plus ou moins complète selon le degré de rétrocession des lésions.

Chez d'autres lépreux on peut constater assez souvent une éruption urticarienne avec de larges plaques d'urticaire d'une couleur rouge ou violacée, ayant une consistance très infiltrée et qui sont le siège d'une sensation prurigineuse. Au bout de quelques jours

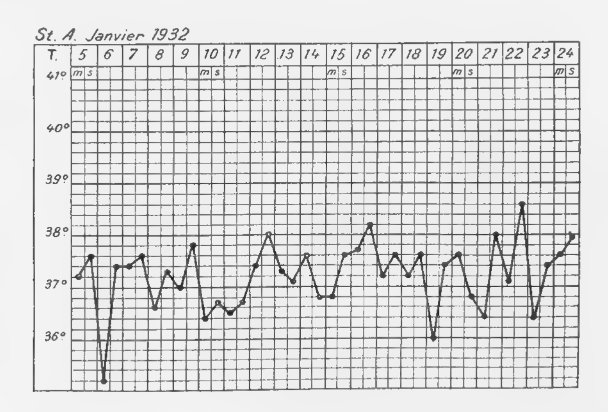


Fig. 3.

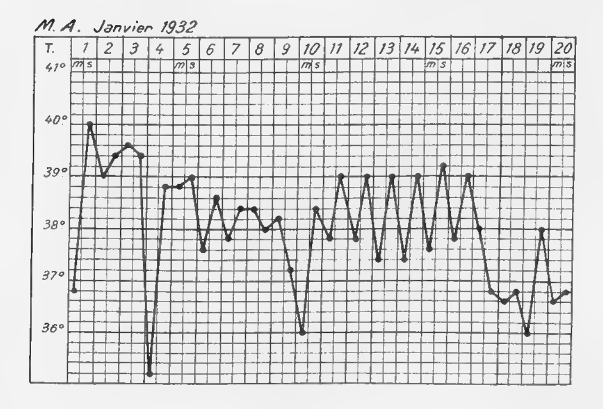


Fig. 4.

la démangeaison peut disparaître, mais les infiltrations et les plaques persistent presqu'à l'infini. Elles deviennent de véritables infiltrations lépreuses en nappe, pleines de bacilles acido-résistants.

Dans d'autres cas les éruptions prennent l'aspect scarlatiniforme

ou rubéoliforme, généralisé sur toute la surface du corps. Ces éruptions sont extrêmement graves et le plus souvent aboutissent rapidement à la mort.

Les accès fébriles de la lèpre sont périodiques et d'une curieuse évolution. Il y a tantôt des ascensions progressives, tantôt brusques. Il y a des rémissions plus ou moins prolongées. Le type habituel est la courbe des septicémies ; mais, comme on peut s'en rendre compte sur les diagrammes thermiques ci-joints, il existe des variations de température des plus disparates. On peut constater ces variations au cours de la journée en prenant la température heure par heure. La fièvre lépreuse peut durer quelques jours, ou quelques semaines. Dans certains cas cette fièvre se prolonge pendant deux ou trois mois selon l'état septicémique du malade. Car dans tous les cas fébriles de lèpre, il y a une septicémie concomitante. Dans certains cas cependant, surtout au début de septicémie, on ne peut pas déceler de bacilles acido-résistants dans le sang. On doit alors prélever du sang à plusieurs reprises pour arriver à découvrir les bacilles. Dans un cas nous avons pu mettre en évidence dans le sang périphérique d'un malade atteint d'une forme mixte de la lèpre de petits grains isolés ou en deux ou trois en série, colorés en rouge, que nous considérons comme des bacilles en voie de développement. De ce fait nous avons prévu l'accès fébrile et la bacillémie survenue quelques jours plus tard chez ce malade. Bien entendu il faut chercher dans le frottis en goutte épaisse pendant des heures entières pour voir ces formes. Sans doute il s'agit de formes granuleuses du bacille de la lèpre, que nous avons décrites autrefois à propos de l'évolution du virus filtrant dans la lèpre des rats (1).

La périodicité des accès fébriles de la lèpre semble liée au rythme neurovégétatif et humoral de l'organisme humain, et à certains moments climatériques favorisant un retour d'activité paroxystique des foyers lépreux d'intensité variable selon le nombre des bacilles déchargés par ces foyers dans l'organisme.

En ce qui concerne le pronostic, la fièvre lépreuse est un mauvais signe dans la lèpre. Elle traduit une dissémination du bacille de Hansen dans l'organisme et la généralisation de l'infection, par consé-

(1) Markianos (J.). Le développement du virus filtrant avant sa transformation en bacille de la lèpre des rats (*Bull. Soc. Pathol. Exotique,* 10 juillet 1929).

quent une aggravation de la maladie et de ses complications. Complications du côté des yeux (diminution de la vue, kératite, iritis, conjonctivite, apparition de tubercules sur les yeux, etc.) complications du côté des reins, des poumons, etc. Une lèpre tubéreuse au début peut se compliquer également d'une lèpre nerveuse et voir se constituer au cours des accès fébriles des contractions et des déviations des doigts des deux mains avec atrophie musculaire et lésions trophiques des membres. Dans les cas favorables, les malades se rétablissent de la fièvre lépreuse peu à peu, après une convalescence d'un à deux ou trois mois. Dans d'autres cas, moins fréquents heureusement, le malade s'affaiblit et malgré le traitement hygiénique et médicamenteux, meurt dans une extrême cachexie. Au cours de cet état nous avons constaté l'existence d'une bacillémie lépreuse sans fièvre que nous appelons *bacillémie larvée ou bacillémie saprophytique*.

2. *L'étendue des lésions lépreuses.* — L'étendue des lésions lépreuses joue un rôle considérable en ce qui concerne la fièvre et la bacillémie lépreuse. Les malades ayant des lésions étendues sont toujours sujets à des accès fébriles, plus souvent que les malades avec des lésions moins accentuées. Néanmoins ceci ne constitue pas la règle ; car il y a des malades avec un minimum de lésions tuberculeuses qui souvent subissent des accès fébriles accompagnés de poussées aiguës de la maladie et de complications du côté du système nerveux.

3. *L'état général du malade* et la capacité de son organisme pour se défendre contre l'infection lépreuse interviennent également dans la bacillémie lépreuse. On a coutume de parler de la virulence d'un virus, et on oublie souvent de considérer la défense de l'organisme devant ce virus. Nous croyons que s'il y a des races microbiennes plus virulentes, il y a beaucoup plus d'organismes mal protégés devant la même race du même virus. Dans la pratique médicale nous assistons chaque jour à des faits analogues et dans l'infection lépreuse ce facteur ne peut faire exception. Comme le bacille de la lèpre ne semble pas posséder de qualités histolytiques comme son proche parent le bacille de Koch, la résistance de l'organisme peut empêcher l'évolution de la lèpre, et réaliser une longue survie du malade pendant des années; cela arrive assez souvent, même sans aucun traitement spécifique de la lèpre.

La bacillémie lépreuse dans les différentes formes de la lèpre

Après ce que nous venons d'exposer sur les bacillémies lépreuses nous allons voir comment celles-ci se présentent dans les diverses formes de la lèpre.

1. *Dans la lèpre nerveuse.* — Les malades atteints de lèpre purement nerveuse sont en général des sujets bien portants malgré leur maladie. Ils présentent rarement des accès fébriles et ceux-ci ne sont pas ordinairement causés par la lèpre. Par conséquent ils ne font jamais de bacillémie lépreuse.

Nous avons examiné le sang de plusieurs malades souffrant de lèpre nerveuse, et jamais nous n'avons relevé de bacilles de Hansen, même dans les cas fébriles. Nous avons assisté à l'élimination des os, à des amputations spontanées de doigts, à de véritables gangrènes des extrémités, sans que le malade éprouve d'autre mal que ces troubles trophiques, sans aucune manifestation fébrile qu'on puisse attribuer à la lèpre et sans réussir à trouver le bacille de Hansen dans le sang circulant.

Le bacille semble se localiser uniquement dans les nerfs : il s'y multiplie, il y provoque les lésions et les troubles trophiques, lentement et insidieusement, sans que jamais se produise de décharge dans la circulation. Est-ce une race purement neurotrope du bacille du Hansen ? On ne saurait le dire. Mais dans certains cas on est vraiment très embarrassé pour donner des explications à ces faits.

2. *Dans la forme maculeuse.* — Dans cette forme de la lèpre les malades sont exposés à des bacillémies lépreuses à la suite d'une fièvre ayant les caractères que nous avons décrits ci-dessus.

Cette bacillémie est de règle. On peut la constater en examinant en couche épaisse une goutte de sang, prélevée par piqûre à la pulpe digitale ou ailleurs, en dehors de toute lésion lépreuse. Il faut examiner une série de gouttes épaisses, trois, quatre et même davantage, et pendant longtemps quand on n'a pas la chance de tomber directement sur un champ renfermant des bacilles acido-résistants. Il est exceptionnel d'observer une fièvre lépreuse même à ce stade de la lèpre sans avoir affaire à une bacillémie lépreuse.

3. *Dans la forme tuberculeuse de la lèpre.* — Devant un accès

fébrile au cours de la lèpre tubéreuse ou tuberculeuse il faut chercher le bacille de Hansen dans le sang périphérique par le procédé de la goutte épaisse. On le trouvera toujours; c'est la règle. Dans le sang périphérique les bacilles de Hansen circulent avec une extrême abondance, on les trouve isolés ou en paquets. Cette bacillémie peut durer pendant des semaines voire pendant deux ou trois mois, et après une rémission et un calme accompagné d'apyrexie, revenir à la pleine activité avec de la fièvre et des signes généraux alarmants. Les bacilles de Hansen sont toujours faciles à reconnaître, mais dans ces cas (aussi bien dans cette forme de la lèpre que dans les précédentes), l'inoculation au cobaye, et l'essai de culture sur les milieux spéciaux nous éclairera sur la nature, ou sur l'association de la lèpre surtout avec la tuberculose, le bacille de Hansen n'étant ni cultivable dans aucun milieu artificiel ni inoculable à aucun animal de laboratoire. Les malades atteints de lèpre tuberculeuse font des bacillémies lépreuses non seulement avec de la fièvre et d'autres symptômes généraux déjà mentionnés, mais à la longue et après plusieurs reprises de ces accès, ils font des bacillémies latentes sans symptôme apparent. Les bacilles de Hansen circulent, on croirait normalement dans le sang et d'une façon saprophytique, sans provoquer de réactions fébriles ou autres. La virulence du bacille n'est pas, sans doute, diminuée, mais c'est au contraire, la défense de l'organisme qui est disparue. Il suffit de piquer à n'importe quel point de la surface de la peau, de prélever une goutte du sang et de l'examiner en couche épaisse pour y déceler de nombreux bacilles de Hansen. Ces malades sont extrêmement dangereux pour leur entourage. Il est cependant curieux de voir que ces patients gardent un état général plus ou moins bon jusqu'au jour où subitement ils meurent. A l'autopsie, outre de graves lésions viscérales généralisées on trouve des foyers de ramollissement cérébral.

4. *Formes mixtes de la lèpre.* — Dans cette forme de la lèpre, la bacillémie n'est pas rare. Elle dépend des signes cliniques qui prédominent; elle dépend également des accès fébriles. En général, quand il y a des accès fébriles, il s'agit de la décharge bacillaire dans l'organisme d'un foyer lépreux et spécialement d'un foyer tuberculeux. On peut alors observer des bacilles de Hansen dans le sang circulant, et assister à l'apparition de nouvelles lésions cutanées. On doit donc attribuer à la lèpre tuberculeuse les bacillémies

constatées au cours d'une lèpre mixte, étant donné que la lèpre à forme nerveuse ne fait pas de décharges bacillaires dans le courant sanguin comme nous l'avons dit plus haut.

Le dépistage du bacille de Hansen dans le sang. — La recherche du bacille de Hansen dans le sang n'est pas toujours aisée. On peut employer tous les procédés recommandés pour la recherche du bacille de Koch dans la tuberculose viscérale et surtout pulmonaire. Ces procédés comportent l'enrichissement du sang à examiner comme pour les crachats, par homogéinisation et obtention de cette façon du maximum de bacilles trouvés dans le sang à examiner. Nous avons essayé le procédé recommandé dernièrement par Caussimon (1) comme pour la recherche du bacille de Koch dans le sang. En ce qui concerne la lèpre nous n'avons pas obtenu de résultats supérieurs de l'examen en couche épaisse d'une ou plusieurs gouttes du sang prélevées sur la peau saine. Ce procédé indiqué par nous (2) pour le dépistage du bacille de Hansen dans les lésions lépreuses, est aussi applicable dans la bacillémie hansénienne. Il consiste en ceci : chez un lépreux souffrant d'une des formes de la lèpre (sauf la forme nerveuse), au cours d'un accès fébrile, nous prélevons une ou plusieurs gouttes de sang par ponction digitale en peau saine. Après déshémoglobinisation à l'alcool au tiers, et fixation par l'alcool absolu et à la flamme, nous procédons à la coloration avec la fuchsine selon la méthode de Ziehl. En cas de bacillémie, les bacilles se trouvent colorés en rouge, et disposés en paquets caractéristiques. Ce procédé, outre sa facilité d'application pratique, peut nous servir à la recherche dans le même frottis ainsi coloré du plasmodium de Laveran au cas ou l'accès fébrile pourrait provenir de ce dernier.

Traitement. — Le traitement de la bacillémie et de la fièvre lépreuse reste purement symptomatique. L'aspirine, la quinine, l'antipyrine, la caféine, les diurétiques avec les toniques, sont à recommander. On soulage le malade avec un repos complet au lit pendant la durée, variable, de l'accès. Les rechutes sont fréquentes et il vaut mieux s'abstenir de tout traitement dit spécifique de la lèpre.

(1) Caussimon. *Presse Médicale*, 25 mars 1931, p. 435.

(2) J. Markianos. Recherche du bacille de Hansen par le procédé de la goutte épaisse. *Bull. Soc. Pathol. Exotique*, 11 mars 1931.

Nous avons essayé les injections de trypaflavine par voie intraveineuse avec une certaine influence contre la bacillémie et la fièvre.

Conclusions. — De ce qui précède nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe au cours de la lèpre une bacillémie et une fièvre lépreuses.

2° La bacillémie lépreuse est de règle dans les formes tubéreuses de la lèpre au cours des accès fébriles provoqués par la maladie. Il en est de même dans les formes maculeuses et mixtes.

3° On n'observe pas de bacillémie lépreuse dans les formes purement nerveuses de la lèpre.

4° Il existe une bacillémie larvée et latente dans les formes de lèpre tubéreuse généralisée, sans aucune réaction fébrile.

5° On peut observer des complications de la lèpre tubéreuse par la lèpre nerveuse après un accès fébrile et une bacillémie de quelques semaines.

6° Le procédé de la goutte épaisse du sang dans la recherche de la bacillémie lépreuse donne d'excellents résultats, et il est à recommander à cause de la simplicité de sa technique qui permet à la fois la recherche du bacille de Hansen et celle du plasmodium de Laveran.

7° Au cours de la bacillémie lépreuse, le traitement reste purement symptomatique.

DERMATITE EXFOLIATIVE GÉNÉRALISÉE A TERMINAISON MORTELLE AU COURS DE L'ACRODERMATITE CONTINUE D'HALLOPEAU

Par M. RUITER, assistant.
Travail de la Clinique de Dermatologie et de Vénéréologie
de la Faculté de médecine de Groningue (Feu M. le Prof. J. W. van der Valk).

(avec six figures).

Après avoir publié déjà quelques articles sur ce sujet, Hallopeau, en 1897, reconnut au syndrome de l'acrodermatite continue une place dans la dermatologie. Cette dermatose appartient bien aux grandes raretés du domaine des maladies de la peau et les cas publiés jusqu'ici peuvent encore se compter. Quelques auteurs doutent encore, qu'il revienne à ce syndrome une place indépendante dans la dermatologie et c'est pour cela, et à cause de sa fin frappante, qu'a été résolue la publication du cas suivant.

Histoire clinique

La malade A. T..., âgée de 19 ans, célibataire et sans profession, fut admise dans la clinique dermatologique le 6 octobre 1928. De l'histoire de la malade ressortirent les données suivantes : environ deux ans auparavant, sans lésion antérieure, aux contours de l'ongle du pouce de la main gauche s'étaient formées des petites bulles purulentes, lesquelles desséchaient en croûtes, qui tombaient après quelque temps en laissant une coloration rouge de la peau. Mais cette guérison n'était, en réalité, que simulée, car, sans cesse, de nouvelles bulles se formaient, qui disparaissaient rapidement en formant une croûte, et faisaient place à d'autres. Pendant ce temps l'affection s'était également propagée jusque sous l'ongle, qui fut enlevé par le médecin. Pourtant ce traitement n'eut pas de résultat car la formation des phlyctènes continua, attaquant dès lors

aussi le lit de l'ongle. La malade n'en avait qu'un léger désagrément qui consistait en quelque prurit. Environ 17 mois plus tard le pouce de la main droite fut également attaqué et le cours de cette affection fut tout à fait semblable au processus qui se déroulait au pouce de la main gauche, seulement, ici, l'ongle tomba de lui-même. Cette affection se localisa toujours aux bout des pouces et, jusqu'à son admission, la malade, fut continuellement soignée par son médecin habituel, sans aucun résultat toutefois. Deux ans après le commencement des premiers symptômes, elles se présenta à la consultation de dermatologie où l'on décida



Fig. 1.

de l'accueillir dans la clinique. L'histoire de la malade nous apprit qu'auparavant elle n'avait jamais eu la moindre dermatose, que les sécrétions étaient normales et que les règles, qui avaient commencé à 14 ans, avaient eu jusque-là un cours normal. Enfant elle avait eu la scarlatine, par ailleurs elle avait été comme ses parents, frères et sœurs toujours en bonne santé. Elle n'avait pas d'anomalies physiques, son système nerveux était également normal et il n'y avait pas de signes d'hystérie. La peau, excepté celle des deux pouces, ne montrait pas d'anomalies. L'urine ne contenait ni albumine, ni glucose ; la réaction

de Bordet-Wassermann était négative de même que celle de Pirquet qui fut exécutée à la fois avec de la tuberculine humaine et avec de la tuberculine bovine. La phalange terminale du pouce de la main droite était couverte de petites croûtes d'un jaune blanchâtre facilement détachables parmi lesquelles la peau atteinte, qui se délimitait assez nettement de la partie saine, était rouge luisante et très mince. Sur la peau étaient parsemées nombre de petites bulles purulentes très superficielles allant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de plomb. Çà et là, ces phlyctènes confluaient tandis que quelques petites érosions marquaient les endroits où d'autres s'étaient trouvées. L'affection comprenait toute la face dorsale de la phalange terminale et s'étendait égale-



Fig. 2.

ment jusqu'à la seconde phalange. Les pouces n'étaient pas enflés, le lit de l'ongle très peu, tandis que l'ongle lui-même manquait. Du reste il n'existait aucune anomalie à la peau de cette main et les ongles des autres doigts ne montraient rien de spécial. Au pouce de la main gauche se déroulait un processus en tous points identique en ce qui concerne la formation des croûtes et des phlyctènes. Ici l'affection était un peu plus étendue et comprenait toute la seconde phalange. Ici aussi l'ongle du pouce manquait et les autres parties de la main étaient normales. Seulement ce qui frappait c'était que les doigts des deux mains était légèrement pointus et que les petits muscles des mains étaient peu

développés. On ne pouvait pas constater de troubles trophiques et à plusieurs reprises le contenu des phlyctènes se trouva être stérile. Il n'y avait ni lymphangite ni adénite. La possibilité que l'affection fut provoquée par la malade elle-même pouvait être éliminée. Il faut encore signaler que la langue avait l'aspect d'une langue géographique.

La maladie fut diagnostiquée acrodermatite continue d'Hallopeau (phlycténose récidivante des extrémités d'Audry). La malade demeura plus d'une année en observation clinique. Durant cette année son affection fut soignée sans succès. Pendant le séjour de la malade à la clinique, les deux pouces subirent une alternance très variable d'amélioration et d'aggravation. De nouvelles phlyctènes apparaissaient, parsemées ou confluentes en formant de bizarres figures ; d'autres s'ouvraient, le pus se desséchait en croûtes et les érosions formées montraient une tendance à guérir. La peau, qui n'était jamais entièrement libérée de ces phlyctènes, avait des périodes pendant lesquelles elle faisait une impression plus calme et où ses érosions épidermiques s'épidermisaient bien ; mais d'autres fois elle était couverte de phlyctènes, qui ordinairement ne duraient que peu de temps, ou elle présentait une surface couverte de croûtes et de lambeaux d'épithélium ; au cours de la maladie les deux pouces prenaient une forme conique, pendant que la gouttière unguéale disparaissait. Jamais on ne trouva un micro-organisme auquel on put attribuer la cause de l'affection. L'état général resta continuellement excellent et la malade ne se plaignait pour ainsi dire pas.

Après que cette malade eût été traitée pendant toute une année de toutes manières, mais sans résultats, elle sortit de la clinique dans le même état qu'à son arrivée. Auparavant on avait encore commencé la radiothérapie de la peau affectée, traitement, qui, selon les communications d'Hallopeau lui-même et de nombreux auteurs après lui, avait donné de bons résultats, et il fut résolu de continuer ce traitement ambulatoirement.

Diagnostic différentiel

Si nous examinons maintenant les symptômes les plus évidents de l'histoire de cette maladie, nous constatons que ces symptômes correspondent presque totalement aux caractères affectés par Audry au syndrome classique de l'acrodermatite continue (*Ann. de Derm.*, 1901).

1° Le début constant et souvent spontané sur les extrémités des doigts (dans le cas qui nous occupe : les pouces).

2° La production d'éléments éruptifs constitués par de petits lacs de pus, plus ou moins étendus, souvent arrondis, non saillants, logés dans l'épaisseur même de l'épiderme, entraînant la desquamation des couches épidermiques qui en forment le couvercle, et laissant après eux des surfaces momentanément érodées, jamais ulcérées : phlyctènes purulentes et non pustules.

3° La participation irrégulière, mais constante, de tout ou partie des ongles, qui sont atteints par le processus morbide exactement comme par une tourniole vulgaire.

4° L'extension au tégument de la paume, puis du dos des mains ; la même évolution sur les pieds (Chez notre malade la localisation du processus était assez stationnaire et seule l'affection du pouce de la main gauche montra une tendance à se propager).

5° La limitation de la maladie aux mains et aux pieds, ces derniers moins profondément, moins nécessairement frappés (dans le cas présent l'affection se limita aux pouces durant des années).

6° L'existence d'un prurit local habituellement modéré, de douleurs locales parfois intenses ; exceptionnellement l'existence de violentes douleurs irradiées sur la face interne du bras (notre malade se plaignait de sensations de démangeaison et de brûlure).

7° La marche extraordinairement lente des désordres ; leur persistance telle qu'on peut considérer la maladie comme positivement incurable.

8° L'absence de toute altération de l'état général, de tout accident concomitant, de troubles urinaires, d'altération du sang, etc.

9° L'absence de toute complication septique, lymphatique ou autre, d'atrophie, d'anesthésie quelconque, etc. (le cas présent répond également à ces exigences bien qu'il se soit présenté parfois une lymphangite, laquelle d'ailleurs pouvait être attribuée chaque fois à une infection secondaire).

10° Enfin, la transformation des extrémités digitales ratatinées, privées de leurs ongles, et réduites à de petits moignons coniques et scléreux (nous avons vu se développer ces symptômes aussi chez notre malade au cours ultérieur de sa maladie).

*
* *

En somme, il s'agit ici d'un cas clinique très caractéristique de l'acrodermatite continue d'Hallopeau, qui a subsisté pendant des années sans la moindre complication digne d'être notée. Ceci ne peut pas toujours être dit pour tous les cas publiés sous ce nom et il n'est donc pas étonnant qu'étant donné l'état d'ignorance où l'on est à l'égard de l'étiologie de la maladie, et la ressemblance que cette affection a avec quelques autres dermatoses, que différents auteurs ne se rallient pas à l'opinion que ce syndrome ait vraiment droit à un nom particulier. C'est ainsi, qu'on a publié des cas d'acrodermatite continue qui coïncidaient avec un psoriasis évident de la peau, de sorte qu'on essaya d'établir un parallèle entre cette affection et le « psoriasis pustuleux » (e. a. Strandderg). Carle publia un cas où, au cours d'une dermatite herpétiforme se montra

une acrodermatite continue, ce qui fait qu'il considéra cette dernière comme une manifestation de la dermatite herpétiforme.

On ne peut nier que l'acrodermatite continue ait parfois beaucoup de points de similitude avec les deux dermatoses nommées. Cela compte peut-être le plus pour l'impétigo herpétiforme d'Hebra, de sorte que plusieurs dermatologistes ne veulent considérer l'affection d'Hallopeau que comme une variation d'un impétigo herpétiforme à cours traînant (Brun-Pedersen). Cependant je crois que pour le moment, avec le peu de connaissance que nous possédons concernant la pathogénèse de ces dermatoses, il est encore impossible d'accepter ou d'exclure avec quelque certitude une relation entre elles. Nous ne pouvons pas confirmer l'opinion de Keining (Congrès international à Copenhague), qui croit pouvoir distinguer l'acrodermatite continue du psoriasis pustuleux à propos des résultats du traitement appliqué. Ainsi, en contraste avec les expériences de Keining, nous avons vu survenir une exacerbation aiguë chez un malade avec un psoriasis pustuleux arthropatique typique après une injection d'atophanyl, pendant que chez la malade dont nous décrivons ici l'histoire, la généralisation survint indépendamment d'un traitement quelconque. Tant que les dermatoses nommées ne peuvent être diagnostiquées que par leur morphologie, il faut donc retenir comme états morbides le psoriasis pustuleux, l'impétigo herpétiforme et l'acrodermatite continue. Dans les cas moins typiques de ces maladies le diagnostic peut donner lieu parfois à des difficultés considérables. Pour notre cas, dont pendant les premières années l'aspect correspondait si parfaitement aux caractères de l'acrodermatite continue, il est justifié de garder ce diagnostic même pendant le dernier stade de généralisation, bien que pendant ce stade nous ayons vu changer l'aspect de sorte que celui-ci même serait capable de faire penser à une des autres dermatoses nommées.

En discutant le diagnostic de l'acrodermatite continue il faut encore nommer la *dermatitis repens* de Radcliffe-Crocker, maladie probablement d'origine infectieuse, qui est confondue souvent, spécialement par des auteurs de langue anglaise, avec la dermatose en question, caractérisée par les symptômes formulés plus haut. Cette confusion est explicable, quand on note qu'Hallopeau lui-même est disposé à admettre qu'une des observations de Radcliffe-

Crocker pourrait bien être rangée dans les *acrodermatitis* continues, fait dont Audry n'est nullement convaincu, et qui est aussi nié par Crocker lui-même. La confusion a été augmentée encore par la communication de Stowers, qui fit connaître un cas semblable aux cas d'acrodermatite continue d'Hallopeau et considéré par Audry comme appartenant à cette maladie mais assimilé par l'auteur aux *dermatitis repens*.

Fin de l'histoire clinique. 2e Stade de la maladie

Après deux séances de radiothérapie, chacune de deux unités H, appliqués le 8 octobre et le 18 novembre 1929, la malade se présenta de nouveau le 17 décembre 1929. L'affection s'était maintenant étendue, sur quoi le traitement aux rayons fut arrêté. Le 31 janvier 1930 elle revint à la consultation. Les pouces avaient alors l'air plus tranquille, mais derrière les oreilles et sur le torse se montraient quelques plaques légèrement érythémateuses et finement squameuses, ne montrant cependant pas de ressemblance avec le psoriasis, mais qui faisaient penser plutôt à des eczématides. La malade se plaignait de démangeaisons et disait se sentir mal. Il lui fut conseillé d'entrer de nouveau à l'hôpital. Ce ne fut qu'environ six semaines plus tard, que la malade entra à l'hôpital dans un très grave état de maladie.

La mère de la malade nous fournit les renseignements suivants. Peu de temps après la dernière visite à notre consultation, tandis que les pouces semblaient assez tranquilles, la malade avait vu apparaître entre les deux seins une affection de la peau laquelle, selon le médecin traitant et selon la mère, offrait le même aspect que celle des deux pouces. Dans la partie affectée s'étaient formées de petites bulles purulentes, lesquelles se transformaient en croûtes, tandis que la peau était rouge et commençait à se desquamer. Cette nouvelle affection sembla d'abord guérir vite, mais de nouvelles petites phlyctènes ne tardèrent pas à reparaître et à d'autres parties du corps apparurent également de semblables efflorescences. Depuis pas mal de temps la malade ne se sentait plus aussi bien et les derniers temps son malaise s'aggrava et elle avait la fièvre. Le médecin de famille l'avait traitée par des lotions à l'eau de chaux, mais le processus s'étendait de plus en plus et en un court laps de temps toute la peau était devenue rouge. Les règles étaient arrêtées depuis lors.

A son arrivée, le 12 mars 1930, la malade faisait l'impression d'être gravement atteinte. D'ailleurs elle était dans un bon état de nutrition. La peau sur toute son étendue était rouge foncé et couverte de squames. Ces squames, qui étaient longues d'environ 2 à 3 centimètres et larges de 1 1/2, étaient minces, transparentes et d'une couleur gris sale. Sur le cuir chevelu elles étaient plus petites et formaient une couche compacte d'où il sortait un peu de liquide séreux ; aux paumes des mains, et aux

plantes des pieds la peau tombait en lamelles. La peau, en outre, était très enflée, surtout au visage, qui avait une expression rigide et où il y avait un ectropion des paupières inférieures. A côté des squames çà et là se montraient des formations croûteuses. Ces croûtes étaient de consistance molle et de couleur blanc jaunâtre. La peau, d'ailleurs sèche, était humide dans ses plis. Les cheveux et les poils étaient en grande partie tombés dans les derniers temps et aux aisselles et aux aines s'étaient formés des rhagades. Les deux pouces, eux aussi, participaient au processus et n'avaient plus de phlyctènes.

En résumé la peau présentait tout à fait l'image d'une érythrodermie (dermatite exfoliative généralisée). La température de la malade était à son entrée 39° C. Aux organes internes nous ne trouvions pas d'anomalies et l'urine ne contenait ni albumine, ni glucose. Le sang montrait une leucocytose (12.000 leucocytes par millimètre cube). Pourtant la formule leucocytaire ne montra rien de particulier.

La malade demeura à la clinique du 12 mars au 12 avril 1930 date à laquelle elle succomba. La thérapeutique n'avait pu être que symptomatique. Pendant les premiers jours l'état était resté à peu près stationnaire. La température qui avait un caractère rémittent resta fort élevée, variant le soir entre 40° C. et 41° C. tandis que le matin elle était de 38°. Au cours de la journée la malade avait souvent des frissons, il y eut peu de changement. Dans l'état de la peau les cheveux tombèrent abondamment et les ongles commencèrent à se détacher. En outre la langue était rouge et enflée et la malade avait une grave conjonctivite. Parfois elle se plaignit de froid, de maux de tête, et d'une sensation de tension dans la peau. Il était surtout à remarquer que l'état général restait très bon et l'appétit excellent. Au commencement d'avril pourtant son état commença à s'aggraver rapidement. A cette époque les cheveux étaient complètement tombés et plusieurs ongles s'étaient maintenant détachés. La peau était encore enflée et squameuse sur toute sa surface rouge ; dans les plis de la peau les rhagades étaient devenues plus profondes ; au-dessus des seins et sur le bas-ventre s'étaient formés des ulcères, les uns superficiels, les autres plus profonds. Ces ulcères possédaient des caractères bien particuliers ; leur symétrie était très étonnante, aussi bien en ce qui concernait leur forme que leur apparence et disposition. Ainsi se trouvaient sur le bas-ventre à la hauteur des ovaires deux profonds ulcères de la grandeur d'une pièce de deux francs à contours irréguliers, à bords en pente rapide et non infiltrés et à fond rouge, sécrétant un liquide séreux, tandis que la peau adjacente ne différait en rien du reste. De même au-dessus des deux seins se trouvaient des deux côtés plusieurs petits ulcères en partie à bords en pente douce, en partie du même genre que ceux décrits plus haut et presque tous symétriques à ceux qui se trouvaient de l'autre côté. Ces ulcères symétriques qui en outre correspondaient en grandeur et en forme, firent penser à la possibilité d'une dermatite simulée. Aussi ces lésions rappelèrent beaucoup celles observées dans la *dermatitis dysme-*

norrhoica symmetrica (Matzenauer et Polland) où plusieurs auteurs pensent aussi à une auto-lésion (1). Par des pansements occlusifs, aussi autour des mains, et une surveillance précise, la possibilité d'une dermatite simulée put être éliminée. Au contraire les défectuosités du tissu allaient s'agrandissant et à l'approche de la mort à certains endroits le tissu adipeux sous-cutané était à nu. Pendant ce temps l'état général avait également empiré, la température restait très élevée, l'appétit diminuait, la malade se plaignait de coliques et avait plusieurs fois par jour la diarrhée. Le 4 avril la peau avait un aspect excessivement remarquable. Par le traitement aux pommades l'exfoliation avait diminué les derniers jours et on voyait maintenant sur le bas-ventre, les jambes, les avant-bras et sur les paumes des mains d'innombrables phlyctènes superficielles. Elles avaient une grandeur variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, les unes dispersées, les autres confluentes, toutes à peine élevées au-dessus du niveau de la peau, enfin d'aspect tout à fait semblable aux phlyctènes décrites comme caractéristiques pour l'acrodermatite continue. Ces éléments étaient visibles pendant deux jours après quoi la peau à cet endroit reprenait son aspect ordinaire, bien que les recherches histologiques aient démontré plus tard que la cause de la formation de ces phlyctènes a dû exister jusqu'à la mort. Pendant ce temps l'état s'était aggravé de plus en plus. Tandis que la peau pâlissait quelque peu et que la température diminuait légèrement, le pouls s'affaiblit continuellement et de temps en temps la malade était dans le coma. Le 12 avril la mort survint.

*
* *

A part le fonctionnement du cœur qui allait de plus en plus mal on n'avait pas constaté pendant le processus d'anomalies spéciales aux organes internes. Dans l'urine non plus on n'avait jamais rien trouvé d'anormal.

Si nous examinons à présent la deuxième phase de ce processus, on est frappé tout d'abord par le fait, que c'était une dermatite exfoliative généralisée, qui dominait ici l'aspect clinique. Pourtant il reste encore dans cette histoire de la maladie différents éléments, qui sollicitent avant tout notre attention. Ainsi il s'agit d'une malade, qui d'abord a souffert pendant des années d'une acrodermatite continue typique. Cette acrodermatite, qui s'était toujours limitée aux pouces, se propagea environ deux mois avant la mort sur les mains, tandis que peu de temps plus tard on vit une affection semblable sur le torse entre les deux seins et plus tard encore à d'autres places du corps, phénomènes, qui s'ajoutaient

(1) D'autres, entre autres Polland, regardent cette affection comme conséquence de la perturbation du fonctionnement des ovaires. Comme nous l'avons déjà dit les règles s'étaient arrêtées aussi chez notre malade.

au développement d'une érythrodermie pour laquelle on ne put pas trouver d'autres causes que la dermatose primitive et spécialement pas de cause médicamenteuse. Enfin à un moment où la dermatite exfoliative était déjà depuis longtemps généralisée, se montrèrent encore une fois sur le bas-ventre, les avant-bras, les jambes et les paumes des mains, les phlyctènes décrites comme caractéristiques de l'acrodermatite continue et qui furent trouvées plus tard aussi par les recherches histologiques.

Comme j'ai remarqué déjà plus haut, il me semble donc parfaitement justifié de regarder cette érythrodermie comme une généralisation de l'acrodermatite continue, affection qui peut se transformer d'ailleurs, comme on l'a dit d'autre part, en une dermatite exfoliative (Strandberg).

*
* *

Examen histologique

L'autopsie fut pratiquée par M. le professeur Deelman. Grâce à l'amabilité avec laquelle il m'a laissé les coupes de la peau, je puis mentionner quelques détails histologiques de ce cas. En ce qui concerne l'histologie de l'acrodermatite continue, elle présente une remarquable ressemblance avec les anomalies de la peau dans l'impétigo herpétiforme. Au point de vue diagnostique elle ne montre que relativement peu de caractéristiques et en nous bornant aux principales, l'image microscopique présente une dermo-épidermite aiguë superficielle avec formation de petits abcès intra-épidermiques.

Les coupes microscopiques, dont la description suivra, proviennent de parties de la peau de la poitrine, excisées 24 heures après la mort.

Le corps muqueux offre un aspect remarquable (voir fig. 3 et 6). A côté d'un œdème évident, qu'on aperçoit çà et là, il donne l'impression d'un réseau dont les mailles sont formées par des papilles fort sinueuses, coupées dans toutes les directions et dont chacune renferme un vaisseau sanguin fortement gonflé et comblé de globules rouges. Les bourgeons épithéliaux qui se trouvent entre ces mailles sont devenus atrophiques à beaucoup d'endroits. Cette atrophie est explicable par la pression, qu'ils ont supportée dans toutes les directions, de sorte que les mailles dermiques ne sont à certains endroits séparées que par d'assez minces cloisons, formées de cellules comprimées et dégénérées du corps malpighien.

Les vaisseaux sanguins des papilles sont entourés de cellules rondes en petit nombre. Dans les couches inférieures de la peau il y a une infiltration plus prononcée qui se compose ici de cellules rondes et de polynucléaires.

Dans la partie de la peau ou le processus est déjà plus avancé (voir fig. 4 et 5) les vaisseaux sanguins deviennent scléreux, tandis que



Fig. 3.

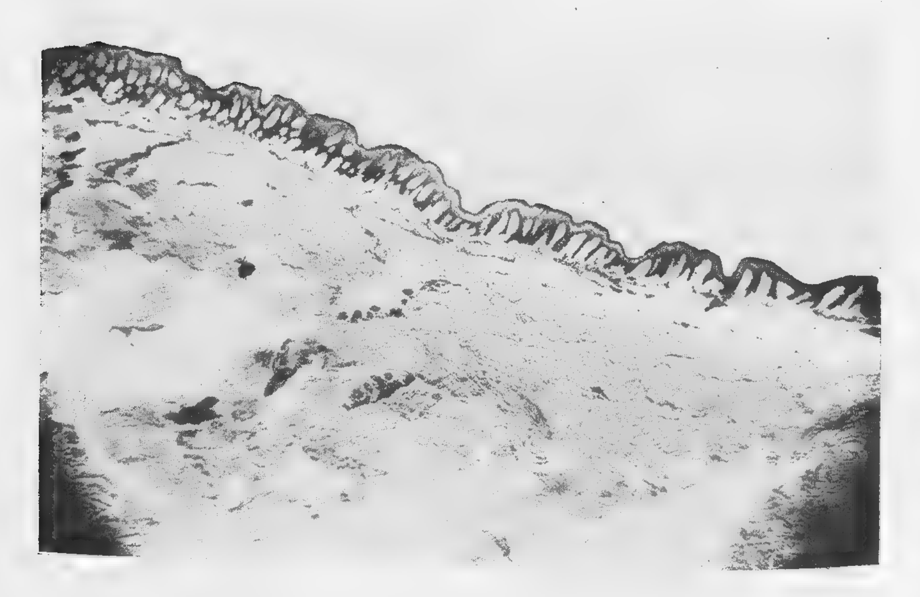


Fig. 4.

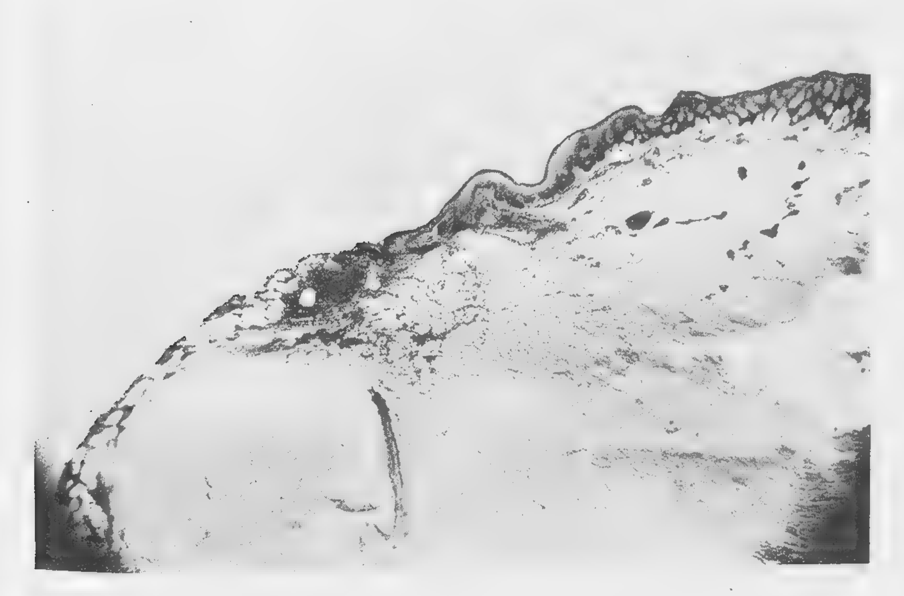


Fig. 5.



Fig. 6.

l'épiderme devient nettement atrophique. Dans ses couches inférieures on rencontre beaucoup de pigment sanguin intracellulaire. D'abord l'aspect réticulaire, décrit plus haut, subsiste encore, mais plus tard les cloisons fortement atrophiques disparaissent, de sorte que dans les plus anciens stades il n'y a plus que quelques couches de cellules aplaties, qui forment un petit bord d'épithélium atrophique. Le derme renferme des bandes, composées de cellules à noyaux fortement colorés, les restes des petits vaisseaux devenus scléreux, et les papilles finissent par disparaître. Il n'y a plus de glandes sébacées, de glandes sudoripares et les follicules sont nettement atrophiques. Si l'on considère une partie du bord d'un des ulcères sus-mentionnés (voir fig. 5), il semble qu'allant de la périphérie au centre, on rencontre d'abord l'épithélium et le tissu dermique dans le stade atrophique, qui vient d'être décrit. En approchant plus du centre de l'ulcère l'épithélium s'amincit de plus en plus, le tissu dermique devient de plus en plus scléreux avec accumulation des noyaux et disparition des substances conjonctives, jusqu'à ce qu'en approchant du centre de l'ulcère, le derme et l'épiderme aient totalement disparu, de sorte que le tissu adipeux qui offre les signes d'une inflammation aiguë, est à la surface. La sclérose des vaisseaux sanguins est ici très prononcée. Dans les coupes histologiques on voit à plusieurs places des petites phlyctènes microscopiques (voir fig. 6) qui contiennent des leucocytes polynucléaires, lesquels se trouvent dans les couches supérieures de l'épiderme et qui sont recouvertes d'une couche de squames parakératosiques.

Si nous résumons les données que les recherches histologiques ont fournies, ce sont surtout les petits abcès qui se trouvent immédiatement sous la couche cornée, qui demandent notre attention et qui correspondent tout à fait à ceux qu'on décrit dans l'acrodermatite continue. Il est vrai que pour ceux-ci nous ne sommes pas encore capables d'établir un diagnostic différentiel avec par exemple l'impétigo herpétiforme, ce qui n'empêche pourtant pas, qu'ils peuvent confirmer jusqu'à un certain degré l'exactitude de notre diagnostic (1). Le fait qu'on les trouva encore dans le matériel *post-mortem* prouve aussi que la formation des phlyctènes a existé jusqu'à la fin. Qu'elle ne fut plus perçue pendant les derniers jours de la maladie est probablement dû au fait qu'elles n'atteignent plus une grandeur les rendant visibles à l'œil nu, tandis qu'à cause du traitement aux pommades et de la desquamation existant, l'inspection de la peau était très difficile. Ensuite la peau se trouva être atro-

(1) En outre nous avons observé que la coupe histologique des phlyctènes du premier stade de la dermatose présentait nettement les abcès spongiformes décrits dans l'acrodermatite continue par Kogoj.

phique, laquelle atrophie avait atteint à certaines places un degré si élevé, que le jour suivant la mort le tissu adipeux sous-cutané près des ulcères était visible à travers la peau desséchée et réduite au minimum. Les altérations des tissus, que nous avons nommées jusqu'ici des ulcères, ont, elles aussi, leur origine dans cette atrophie excessive et leur image au microscope n'était pas en contradiction avec la supposition basée sur l'aspect clinique; supposition, qui faisait penser à la possibilité qu'elles devaient leur origine à une perturbation trophique et peut-être même à une pertubation trophoneurotique. Il est très remarquable qu'il n'ait fallu à cette atrophie qu'un temps relativement très court pour se développer à un tel degré. A d'autres points de vue également le stade érythrodermique de cette affection montrait plusieurs points constants, qui pourraient être ramenés à une perturbation trophique et je fais ici seulement allusion à la perte totale des cheveux et des ongles.

Par la suite, au cours de l'autopsie, en dehors de l'aspect que présentaient les deux ovaires, aspect qui sera décrit plus loin, on ne trouva plus aucune anomalie. Si bien que les organes internes telles que la moelle épinière et le cerveau ne montraient rien d'anormal. On ne trouva pas de symptômes de tuberculose et le système hématopoïétique ne montra rien de spécial, éléments étiologiques qui, comme on le sait, peuvent jouer un rôle dans la formation d'érythrodermies. A l'exception des ovaires déjà nommés le système endocrinien ne montrait lui non plus rien de pathologique.

D'après M. le professeur Deelman à qui je rends grâce ici pour la bienveillance avec laquelle il m'a communiqué les résultats de ses recherches, l'examen des ovaires fournit les particularités suivantes :

Les deux organes sont d'une couleur blanche, finement lobés, de grandeur normale, fermes au toucher, et présentent à l'œil nu l'image d'*ovaria gyrata* au stade initial. Il ressort de l'aspect histologique, qu'il y a extrêmement peu de follicules et qu'ils sont très petits; que le stroma est très développé et que les vaisseaux sont très scléreux, sinueux et peu remplis. Ça et là se montre un *corpus albicans,* tandis qu'on ne remarque aucune trace de maturation des follicules ou de corps jaunes de date récente.

En discutant l'étiologie de l'acrodermatite continue, on verra qu'il n'est pas tout à fait impossible que ces anomalies aient joué un rôle dans la formation de l'affection de notre malade.

Discussion étiologique

En ce qui concerne l'étiologie de l'affection d'Hallopeau, on tâtonne encore passablement. Hallopeau lui-même considérait cette maladie comme une invasion ectogène primitive de staphylocoques de la peau, tandis qu'il expliquait la symétrie de l'acrodermatite par une sorte de trophonévrose réflexe, en ce sens que l'anomalie de l'une des mains provoquait à une place symétrique une résistance amoindrie de la peau, qui avait pour résultat une infection secondaire à cette place. Vu, que par la suite il a été prouvé que les phlycènes fraîches furent toujours stériles, cette théorie ne peut se soutenir. D'autres auteurs attachent une grande importance aux anomalies du système nerveux. Vidal par exemple accepte une perturbation trophique d'origine centrale. Audry envisage dans ces cas plutôt l'hypothèse d'une névrite périphérique, tandis que Chatellier attache beaucoup d'importance à une lymphocytose trouvée chez une de ses malades dans le liquide cérébro-spinal. D'autres pensent à une connexité entre l'acrodermatite continue et les anomalies du système endocrinien, sur quoi il faut remarquer que cette conception peut éventuellement très bien concorder avec la théorie des perturbations trophoneurotiques, parce que, comme on le sait, le système endocrinien et le système nerveux végétatif entretiennent l'un avec l'autre une très importante action réciproque. Les raisons, qui ont amené à chercher la cause de l'acrodermatite continue dans le système endocrinien ont principalement été des observations cliniques. Ainsi chez une malade, que Carle avait en traitement, l'éruption des phlyctènes se faisait toujours à la période menstruelle, tandis que dans un cas observé parBodin, l'affection était sans phlyctène pendant les règles et pendant la grossesse. Wolff mentionne le cas d'une malade atteinte d'acrodermatite d'Hallopeau dont la sœur souffrait d'impétigo herpétiforme, affection pour laquelle on admet comme presque certaines les perturbations endocriniennes. Schürch vit la maladie chez un crétin de 46 ans souffrant de goitre. Tandis qu'enfin Strandberg constata dans deux cas sur trois une aggravation des symptômes pendant les règles et il observa que dans l'un des cas il se fit une amélioration pendant la gestation, tandis que le troisième cas concernait une malade avec infantilisme.

Tout les cas cités ici paraissent donc aller de pair avec une perturbation de nature endocrinienne et cela surtout du côté des glandes génitales, tandis que plusieurs fois il parut exister une corrélation entre la fonction de ces dernières et l'affection proprement dite. Et c'est à cette dernière catégorie que le cas décrit ici, semble appartenir. Car il est ici question d'une malade chez laquelle au moment où l'acrodermatite continue s'exacerba les règles cessèrent, tandis que plus tard à l'autopsie on constata aux deux ovaires d'importants signes de dégénérescence. C'est surtout cette dernière constatation qui me semble être d'importance, parce que semblable observation n'a pas encore été faite, autant que je sache, ce qui peut avoir sa cause dans le fait, que jusqu'ici on ne connaissait qu'un seul compte rendu d'autopsie d'acrodermatite continue.

Bibliographie

On trouvera les principales publications d'Hallopeau et d'Audry sur ce sujet dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* de 1890, 1892 et dispersés dans les numéros de 1897 à 1902. Je veux surtout mentionner le travail d'Audry, *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1901, t. II, p. 931. D'autres données utilisées dans cet article ont été fournies par les publications suivantes : Strandberg. *Act. derm. venereol.*, 1925, t. VI ; Carle. *Annales de Derm. et de Syph.*, 1904 ; Matzenauer und Polland. *Arch. für Derm. und Syph.*, t. III ; Polland. *Arch. für Derm. und Syph*, t. CXXIV ; Brun-Pedersen. *Derm. Zschr.*, 1918, t. XXVI ; Pirilä. *Derm. Zschr.*, 1919, t. XXVII ; Kogoj. *Act. derm. venereol.*, 1928, t. VIII ; Vidal, cité d'après Strandberg ; Chatellier. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1921 ; Carle. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1902 ; Bodin. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1920 ; Wolff. *Str. derm. Ges.*, 29, VI, 1913 ; Schürch. *Act. derm. venereol.*, 1925, t. VI.

(Reçu à la Rédaction en février 1932).

ANALYSES

des principaux travaux reçus en novembre 1932.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Le foie dans le traitement de la syphilis, par P. Blum. *Annales des Maladies Vénériennes,* nº 11, novembre 1932, p. 805.

Dans cette excellente revue générale, B. montre quel rôle essentiel joue le foie dans le traitement de la syphilis. L'examen clinique approfondi doit s'aider des moyens de laboratoire pour établir la valeur fonctionnelle de l'organe. Il ne faut pas conclure *a priori* que tel ou tel traitement est toxique pour le foie. Il n'y a pas de règle absolue. De même, il ne doit pas y avoir de traitement systématique, il faut d'abord tenir compte des réactions individuelles et de l'affinité spéciale du tréponème pour tel ou tel viscère. H. Rabeau.

Diagnostic de la syphilis et du lichen plan lingual, glossite lichénienne scléreuse, atrophique superficielle, syphiloïde, unilatérale, par Gougerot et F. P. Merklen. *Annales des Maladies Vénériennes,* 27e année, nº 11, novembre 1932, p. 845.

Avec Burnier, G. a déjà insisté sur l'intérêt de cette glossite lichénienne qui simule la glossite syphilitique et prête à des erreurs de diagnostic. La nouvelle observation qu'il publie a trait à un homme ayant présenté en 1930 des lésions typiques de lichen plan, qui disparurent progressivement sous l'influence de la radiothérapie interscapulovertébrale. Revu périodiquement jusqu'en 1932, on a pu suivre l'atrophie progressive des lésions du lichen lingual. Le malade n'a aucun antécédent de syphilis, aucun stigmate clinique, aucun signe sérologique.

H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Pustule maligne, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 8e année, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 451-456.

Très belle observation de charbon spontanément guéri chez une cordonnière, avec biopsie et excellentes microphotographies.

A. Bocage.

Cécité morphologique pure et syphilis, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 457-459.

Chez un ancien tabétique fruste, hypertendu, sans traitement depuis 3 ans, troubles visuels légers d'origine centrale se compliquant d'une impossibilité de reconnaître nettement la forme des objets et de se souvenir des physionomies. Ces phénomènes durèrent quelques semaines seulement et rétrocédèrent avec le traitement antisyphilitique.

A. Bocage.

Abcès froid staphylococcique de la cuisse, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 460-462.

Chez un Chinois de 18 ans, abcès froid, large comme la main, constitué en 8 jours sans réaction ganglionnaire, pus épais lie de vin.

Une semaine plus tard, fièvre et évolution d'abcès chaud classique guéri par incision chirurgicale. A. Bocage.

Abcès froid staphylococcique du bras, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 463-466.

Chez un Polonais de 33 ans, évolution à peu près apyrétique de deux abcès à staphylocoque à pus sanguinolent, se développant dans l'hypoderme : une biopsie a été faite. A. Bocage.

Erysipéloïde, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 467-470.

Observation d'un cas chez un garçon charcutier, évoluant sans fièvre et ne paraissant pas dû au rouget du porc. Une biopsie montra des lésions très différentes de celles de l'érysipèle.

A. Bocage.

Impétigo phlycténulaire et érysipéloïde de la jambe, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 471-472.

Sans fièvre, nappe érythémateuse ressemblant à un érysipèle chez une malade ayant en outre des phlyctènes d'impétigo sur la même jambe. A. Bocage.

Chrysarobine et acide chrysophanique, par L. Brodier. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, no 11, novembre 1932, pp. 515-532.

Revue générale sur la pharmacologie et l'emploi de ces produits dont seul le premier paraît être actif et est pratiquement fourni par les droguistes. C'est un mélange de diverses substances assez mal étudiées, dont l'action réductrice paraît due à l'alcalinité de la sueur. L'auteur décrit les réactions cutanées consécutives à son emploi, l'érythème, condition de l'effacement du psoriasis, la dermite, l'érythrodermie, les

diverses éruptions, la conjonctivite et l'intoxication chrysarobiniques, et termine par la formule et les indications des principales préparations.

A. Bocage.

Mort au cours d'un traitement par la pommade chrysophanique, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 8e année, no 11, novembre 1932, pp. 533-537.

Après traitement d'un psoriasis par une pommade chrysophanique à 1/200e, puis 1/100e, le malade atteint d'érythème, fait une forte élévation de température avec des râles de bronchite et finit par succomber en une dizaine de jours, dans le coma, sans azotémie, après une phase de délire avec agitation violente du type du *delirium tremens* alcoolique. Celui-ci paraît avoir été la vraie cause de la mort, l'éruption chrysophanique pouvant avoir agi comme cause déclenchante de l'intoxication alcoolique aiguë. A. Bocage.

Abcès tubéreux guéris par le galyl, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 8e année, no 11, novembre 1932, pp. 538-539.

Estimant que grâce à la proportion importante de phosphore qu'il renferme, le galyl intraveineux est le véritable agent chimiothérapeutique de la furonculose, l'auteur l'a essayé dans les abcès tubéreux de l'aisselle. Il apporte deux cas de guérison avec 2 et 3 injections de 0,30 de galyl. A. Bocage.

Roséole de retour après deux ans de syphilis. Erythèmes syphilitiques biotropiques, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 8e année, no 11, novembre 1932, pp. 540-546.

Cas d'interprétation difficile, érythème généralisé diffus de la partie inférieure du corps, accompagné de reviviscence de la roséole, se reproduisant après chaque injection médicamenteuse, cyanure, bivatol, novarsénobenzol (surtout à petites doses), que l'auteur explique par la reviviscence du tréponème répandu d'une manière diffuse « dans les parties les plus soumises à la pesanteur chez une femme qui n'avait pas eu de traitement depuis deux ans et dont la syphilis n'avait été, pour ainsi dire, pas soignée ». A. Bocage.

Annales de Médecine (Paris).

Etude biologique d'un cas d'urticaire « a frigore ». Crise hémoclasique et épreuve de Prausnitz-Kustner positive, par R. J. Weissenbach et J. P. Brisset. *Annales de Médecine,* t. XXXII, no 4, novembre 1932, pp. 333-346.

Observation d'un cas chez une femme de 32 ans sans aucun antécédent pathologique et chez laquelle aucun traitement ne put réussir. Un refroidissement assez étendu déterminait, dans la région, l'apparition de plaques urticariennes persistant une heure environ et précédées de tous les stigmates vasculo-sanguins du choc hémoclasique. Le sérum de la malade prélevé à la fin d'un quart d'heure d'immersion de l'avant-

bras dans un bain froid et celui qui est prélevé un quart d'heure plus tard en pleine crise urticarienne ont donné lieu au même phénomène d'urticaire dans les mêmes conditions de refroidissement local, au point d'inoculation intradermique chez deux sujets normaux.

Il est donc permis de penser que le froid fait naître chez la malade un auto-antigène spécial et un anticorps correspondant. Ces auteurs discutent les hypothèses pathogéniques qui peuvent être faites au sujet de ces phénomènes. Une bibliographie complète ce travail.

A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Acrocyanose des jambes avec ulcérations étendues guéries par la kéraffinethérapie, par M. Jolly. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 15, 12 novembre 1932, p. 534.

Observation d'une jeune fille présentant de larges ulcérations de la dimension d'une pièce de 2 à 5 francs, à la face interne des deux jambes sur des téguments œdématiés, cyanosés, livides, traitée depuis 2 ans par des thérapeutiques variées, sans succès. J. lui fit des applications quotidiennes de kéraffine à 60°, appliquée au pinceau jusqu'à 1 cm. 1/2 d'épaisseur (kéraffine = mélange de paraffines, résines et sels radioactifs). Elle fut guérie après 102 enveloppements.

H. Rabeau.

La fréquence actuelle de la maladie de Nicolas-Favre, par E. Schulmann. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 16, 26 novembre 1932, p. 582.

Pour S., la lymphogranulomatose inguinale subaiguë semble prendre ces temps derniers, une certaine extension. En 6 mois, il a pu en observer 26 cas. La réaction de Frei, de grande valeur, aide beaucoup au diagnostic, en particulier dans les formes mixtes. A côté des formes typiques, il y a des formes frustes, peut-être même y a-t-il de simples porteurs de germes. 24 fois sur 26, il a noté l'envahissement des ganglions iliaques, 6 fois seulement, il a pu constater la porte d'entrée. Le sel d'antimoine à doses progressives lui a semblé l'agent thérapeutique le plus actif.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux (Paris).

Rapidité d'apparition d'un épithélioma spino-cellulaire post-traumatique, par E. Duhot, G. Loncuf et Delacourt. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 48e année, n° 78, 14 novembre 1932, p. 1406.

Un ouvrier électricien se blesse à la main le 7 avril 1931 en manipulant de vieux fils de cuivre. Apparition une dizaine de jours après

l'accident d'un petit nodule enlevé chirurgicalement le 25 avril et dans lequel on retrouve un fragment de cuivre. La plaie se cicatrise mal, il se forme un nouveau nodule qui est extirpé chirurgicalement plus largement le 12 juin 1931. Devant la mauvaise cicatrisation avec végétations, on fait une biopsie qui montre un épithélioma spino-cellulaire (18 août). L'ablation des deux doigts, index et médius, jusqu'au tiers supérieur du métacarpien est pratiquée le 22 septembre 1931.

H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Stérilisation « in vitro » du sang syphilitique, par H. Jaworski. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXI, nº 32, 28 octobre 1932, pp. 362-364.

Utilisant les injections de sang humain provenant de sujets jeunes pour le traitement des asthéniques, des séniles précoces et autres, l'auteur a tenu à vérifier les expériences de Mutermilch sur la destruction des tréponèmes dans le sang par le cyanure de mercure (0 gr. 01 pour 10 centimètres cubes).

Au lieu du sang complet, il a pris le plasma citraté qu'il utilise habituellement. A la dose de 0 gr. 005 pour 10 centimètres cubes, la stérilisation a été très fréquente, mais pas constante, puisque 2 lapins sur 14 inoculés ont fait des infections syphilitiques atténuées. La dose de 0 gr. 01 de cyanure de mercure pour 10 centimètres cubes de plasma n'a pas donné d'échecs. Les témoins étaient infectés visiblement dans la proportion de 6 sur 8 dans la première expérience, 4 sur 5 dans la seconde : il s'agissait de tréponème, de la souche dite virus Truffi.

L'auteur pense qu'étant donné le petit nombre probable des tréponèmes chez ses donneurs, la dose de 0 gr. 01 de cyanure pour 10 centimètres cubes de plasma devra mettre « le receveur à l'abri de toute infection syphilitique ».

A. Bocage.

Prurit et hyperesthésie par section nerveuse. Section des trois premiers nerfs cervicaux, par E. A. Aubrun. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXI, nº 32, 28 octobre 1932, pp. 404-406, 2 fig.

L'application d'un bonnet approprié empêchant le grattage permet de constater que « les lésions alopéciques et exulcéreuses produites par la section des trois premiers nerfs cervicaux sont dues au grattage consécutif au prurit (hyperesthésie) qui apparaît quand on pratique l'énervation sensitive partielle de cette région cutanée, laquelle se continue encore en partie, en connexion avec le système nerveux central, par le trijumeau et le quatrième nerf cervical ».

A. Bocage.

Prurit et hyperesthésie par section nerveuse. Section du trijumeau isolée ou associée à celle des trois premiers nerfs cervicaux, par E. A. Aubrun. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXI, nº 33, 4 novembre 1932, pp. 464-466, 2 fig.

L'hyperesthésie produite par la section des deux premiers nerfs cervicaux disparaît par section du trijumeau. La section isolée de celui-ci fait apparaître de l'hyperesthésie dans la région préauriculaire et le bord antérieur de l'oreille, innervés en commun avec le nerf pneumogastrique. A. Bocage.

La réaction de Meinicke chez les lapins syphilitiques primo-infectés, super infectés ou réinoculés après traitement, par P. Gastinel, R. Pulvenis et C. Gallerand. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXI, n° 35, 18 novembre 1932, pp. 560-563.

Sur 57 lapins, cette réaction s'est montrée fidèle (réaction d'opacification) ; elle apparaît vers le 30e jour et a été retrouvée jusqu'au 280e jour.

La superinfection chez un animal dont les lésions cliniques ont disparu ne modifie pas une réaction devenue négative, sauf lorsque la nouvelle insertion virulente est faite avec un virus hétérologue.

Bien que les réinoculations effectuées après traitement soient suivies de succès, la réaction de Meinicke demeure d'habitude négative.

Le passage par la souris d'une souche jeune la rend plus apte à déterminer des réactions de Meinicke chez le lapin.

A. Bocage.

Paris Médical.

Ulcérations cutanées dues aux barbituriques, par M. Villaret, H. Bith et H. Desoille. *Paris Médical*, 22e année, n° 44, 29 octobre 1932, pp. 340-341.

Quatre observations d'intoxiquées par le gardénal ou le dial ayant fait des escarres, les unes sacrées, les autres en dehors des points de pression, apparaissant dès le début du coma et cicatrisant facilement (2 fois en moins de 8 jours). Une seule fois, elles avaient l'aspect purpurique. A. Bocage.

Traitement de la femme enceinte comme thérapeutique la plus active contre la syphilis congénitale, par E. Lesné et Mme Linossier-Ardoin. *Paris Médical*, 22e année, n° 45, 5 novembre 1932, pp. 378-381.

Un traitement prophylactique bien conduit des procréateurs donne 86,4 o/o d'enfants normaux, tandis que le traitement curatif le plus intense ne donne que 52 o/o de guérisons complètes. Le traitement pratiqué pendant la grossesse seulement donne 81 o/o d'enfants normaux.

Si la mère syphilitique n'est pas traitée pendant la grossesse, mais avant, il n'y a que 28,5 o/o d'enfants normaux ; si le père seul est syphilitique et traité, il y en a 42 o/o.

Les auteurs insistent sur la fréquence des syphilis larvées et latentes chez la femme, sur la réactivation de l'infection sous l'influence de l'état de gravidité, sur la précocité des lésions de la syphilis congénitale (lésions osseuses chez le fœtus dès le cinquième mois).

Dans toute famille où existent des antécédents de syphilis acquise ou héréditaire, la mère doit être traitée et de façon intensive dès le début de la grossesse : préférer les arsénobenzènes à doses rapidement progressives, maximum 0,02 par kilogramme de poids pour chaque dose et 0,10 pour la série.

Les sels de bismuth ne sont pas mauvais.

Les préparations mercurielles seules sont décevantes.

A. Bocage.

Une réaction colloïdale dans le sang pour dépister la syphilis, par C. I. Urechia et Mme Keteseanu. *Paris Médical,* 22e année, no 48, 26 novembre 1932, pp. 455-456. Deux tableaux.

Les auteurs apportent une statistique de 1.122 cas sur leur réaction dont ils rappellent la technique : mélange d'une suspension hydro-alcoolique de gomme laque avec le plasma du malade ; lecture de la précipitation au bout de 6 heures.

Elle est nettement plus sensible que le Wassermann, tout particulièrement à la période primaire et dans la syphilis latente.

A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Sycosis et rayons X, par A. Marin (Montréal). *La Presse Médicale,* 40e année, no 90, 9 novembre 1932, p. 1673.

M. estime que ce traitement est le plus efficace dans la thérapeutique si difficile des sycosis. Il en distingue trois variétés : les uns guérissent fort bien par de faibles irradiations hebdomadaires. Sans pouvoir microbicide à cette dose *in vitro,* les rayons sont vraiment antiseptiques *in vivo,* les autres plus tenaces demandent une dépilation temporaire ; enfin une troisième variété exige la dépilation permanente. Pour chacune de ces formes, M. précise la technique et les doses à utiliser.

H. Rabeau.

Dermatoses et cataracte, par A. Sézary et H. Mamou. *La Presse Médicale,* 40e année, no 96, 30 novembre 1932, p. 1797.

Depuis longtemps S. a insisté sur le rôle des glandes à sécrétion interne dans la pathologie cutanée. Avec M., il attire l'attention sur l'association possible d'une dermatose avec une cataracte. Il existe, en effet, une cataracte qui dépend de troubles endocriniens, et cette cataracte, dite endocrinienne, a des caractères particuliers que révèle facilement l'examen du cristallin avec la lampe à fente.

Elle peut coexister avec les dermatoses les plus variées. Son association avec la sclérodermie a été signalée par Rothmund en 1868. A ces signes cutanés et oculaires peuvent s'ajouter des troubles laryngés et aussi des troubles pigmentaires, des télangiectasies, des troubles pilaires. — Une autre affection peut s'accompagner de cataracte, c'est la

poïkilodermie de Petges-Jacobi, caractérisée par de l'atrophie cutanée, des télangiectasies et de la pigmentation. Nieden a constaté une cataracte bilatérale chez une jeune fille atteinte de télangiectasies réticulées de la face. — Association possible aussi de cataracte et d'alopécie totale.

Cette association de lésions tégumentaires et cristalliniennes s'explique par la même origine embryologique ectodermique du cristallin, des phanères et de la peau. La connaissance de cette cataracte et de ces manifestations cutanées possibles intéresse à la fois l'endocrinologiste et le dermatologiste. Il s'agit là d'un « symptôme endocrinien commun ».

H. Rabeau.

Revue Neurologique (Paris).

Considérations sur les psychoses tabétiques, par C. I. Urechia. *Revue Neurologique*, 39e année, t. II, no 5, novembre 1932, pp. 475-488, 13 fig.

Si on sépare la tabo-paralysie, la neurasthénie et quelques troubles légers, réaction psychique banale à une maladie qui, comme le tabès, fait souffrir beaucoup ou immobilise, on constate qu'il n'existe pas de psychoses tabétiques proprement dites, mais des psychoses chez les tabétiques, rappelant souvent le tableau des psychoses de la syphilis cérébrale et quelquefois influençables par le traitement antisyphilitique qui n'agit plus sur le tabès.

L'auteur apporte une observation détaillée de psychose hallucinatoire avec examen histopathologique, montrant de l'inflammation méningée, des lésions d'endartérite, des nodules de sclérose tubéreuse. Il étudie, avec quelques détails, la structure de certaines cellules névrogliques avec corpuscules nucléaires identiques morphologiquement à ceux des cellules pinéales.

Un index bibliographique complète ce travail.

A. Bocage.

Sciences et Thérapeutique (Paris).

Manifestations oculaires de la syphilis, par Pierre Dupuy-Dutemps. *Sciences et Thérapeutique*, 2e année, no 11, 1er novembre 1932, pp. 8-15.

Courte et claire revue générale de leur sémiologie et de leur évolution et rappel de la contre-indication des arsenicaux pentavalents dans le traitement des altérations des voies optiques.

A. Bocage.

Quelques recherches expérimentales sur la toxicité d'un dérivé de l'arsénophénylamine, par V. Robin. *Sciences et Thérapeutique*, 2e année, no 11, 1er novembre 1932, pp. 1-5.

Il s'agit ici du diéthylène-imino-glucyl-arséno-phényl-amine-monométhylène-sulfoxylate de sodium, de E. Charron, commercialisé sous le nom de trilues. L'expérimentation a été faite sur le lapin. A dose

unique, au taux de o gr. 50 par kilogramme, stimulation de la nutrition. Au taux de o gr. 65, tolérance parfaite. Quelques cas de mort au 4e jour, à partir de o gr. 70 par kilogramme. Accidents toxiques immédiats à partir de o gr. 80, mais pas constants.

Dans les mêmes conditions, le novarsénobenzol a été mortel à la dose de o gr. 40, qui moléculairement correspond à o gr. 60 de trilues.

Le mélange glucose-pipérazine et 914 en solution extemporanée dans l'eau, voisin comme formule du trilues, est comme lui moins toxique que le novarsénobenzol, mais beaucoup plus irritant pour les tissus en cas d'injection extraveineuse. A. Bocage.

Algérie Médicale (Alger).

La syphilis nerveuse chez les Mozabites, par Pascal. *Algérie Médicale,* octobre 1932, p. 621.

L'auteur a pu réunir, à la Consultation indigène de Ghardaïa, 11 cas d'affections du système nerveux dont 2 tabès, chez des Mozabites, indigènes aux mœurs particulières, physiquement et intellectuellement très différents de leurs voisins sahariens. Cette proportion d'affections nerveuses dépasse de beaucoup la moyenne observée en Afrique du Nord.

L'auteur pense que les Mozabites présentent une susceptibilité particulière de leur système nerveux à toute infection quelle qu'elle soit, et qu'il faut peut-être voir l'explication de cette susceptibilité dans les rigueurs d'une religion qui a replié farouchement ce peuple sur lui-même depuis des siècles. P. Vigne.

Journal de Médecine de Lyon.

L'érythème noueux et son importance pour le médecin d'enfants, par M. Schachter. *Journal de Médecine de Lyon,* 5 novembre 1932, nº 308, p. 677.

Après quelques notions générales d'étiologie de l'érythème noueux, l'auteur insiste surtout sur l'étiologie tuberculeuse de cette affection et sur le fait que certains enfants, ayant eu de l'érythème noueux, sont porteurs de tuberculose ouverte : Importance scolaire et sanitaire du dépistage de ces cas. Jean Lacassagne.

Le zona traumatique, par J. Chalier et P. Etienne-Martin. *Journal de Médecine de Lyon,* 20 novembre 1932, nº 309, p. 697.

Les auteurs rapportent une observation personnelle d'un cas de zona traumatique. La valeur médico-légale de cette forme peut être admise actuellement depuis les nouvelles données pathogéniques du zona.

Deux conditions suffisent pour admettre les relations de cause à effet : 1° Le zona doit apparaître sur la région où a porté le traumatisme, même léger, sans plaie tégumentaire ; 2° Il doit survenir après

le traumatisme initial, dans un laps de temps qui peut varier de un jour à un mois. JEAN LACASSAGNE.

Le tabès hérédo-syphilitique, par J. CHALIER, NAUSSAC et BOUCOMONT. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1932, n° 308, p. 653.

Les auteurs rapportent deux observations personnelles et font, à ce propos, une revue d'ensemble sur cette question : ils insistent sur l'aspect anormal, la pauvreté des signes et l'évolution lente du tabès hérédo-syphilitique de l'enfant, tandis que celui de l'adulte se rapproche beaucoup, dans son évolution clinique, du tabès qui survient après une syphilis acquise. JEAN LACASSAGNE.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Le spodogramme de la muqueuse buccale (Das Spodogramme der Mundschleimhaut), par Franz HERRMANN et Erich EICKEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 495, 19 fig.

Ces auteurs ont examiné par la méthode de l'incinération des muqueuses buccales normales et pathologiques, ils concluent : la carbonisation des coupes de la muqueuse gingivale débute par la couche cornée de l'épiderme et est immédiatement suivie par une teinte foncée des fibres élastiques, lesquelles ne sont carbonisées qu'à la fin. Il existe une augmentation des cendres de chaux dans la zone supérieure kératinisée, une quantité assez importante dans les couches profondes de l'épiderme et un épaississement dans les parois vasculaires. Il existe un parallélisme très prononcé entre le processus de carbonisation des cendres de la muqueuse avec celui de la peau, le plus marqué dans la couche cornée (*Stratum corneoidale*). Les coupes des muqueuses avec inflammation (inflammation par stase, parulis, etc.), montrent un fort épaississement des cendres, surtout de celles de « chaux ». Le calcium est irrégulièrement augmenté. On observe aux endroits de dépôt de combinaisons métalliques une agrégation épaisse de tous les sels ainsi que de ceux de chaux. Cette agrégation s'explique par une coagulation dans le tissu inflammatoire. OLGA ELIASCHEFF.

Etudes chimiques sur la peau humaine normale. IIe communication : Recherches sur la peau humaine normale et pathologique (Chemische Studien an der menschlichen Haut. IIe Mitteilung. Untersuchungen an der normalen und pathologischen Menschenhaut), par A. NADEL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 507.

L'auteur a examiné au point de vue de la teneur en eau, en graisse, en chlore et en N, la peau humaine normale et pathologique. Il résulte de ses recherches qu'il existe déjà dans les conditions normales, des variations physiologiques de la teneur en eau et de la teneur en graisse dans la peau humaine. La teneur en chlore chez les sujets sains varie entre 311 et 371 mgr. o/o ; des chiffres plus élevés ne se rencontrent que dans la peau pathologique.

On trouve dans des foyers lupiques très développés une augmentation de l'eau et du Cl ; des papules lupiques jeunes ou partiellement cicatrisées ne présentent qu'une teneur en eau et en Cl très légèrement augmentée. La peau saine des lupiques montre dans 71 o/o des cas une augmentation nette de l'eau, la teneur en Cl est normale.

La squame du psoriasis est pauvre en eau, sa teneur en Cl est diminuée de moitié en comparaison avec la peau normale. La teneur totale en N est normale, l'azote résiduel est à peine augmenté.

Dans 3 cas d'eczéma chronique, l'auteur constata dans la peau malade une forte augmentation de la teneur en eau et une légère augmentation du Cl.

La teneur en eau et en Cl dans les tumeurs bénignes et malignes est augmentée, excepté dans l'épithélioma spino-cellulaire à globes cornés, dans lequel la teneur en eau a été trouvée diminuée. Il semble que la malignité dans le cancer soit parallèle à la teneur en eau et en Cl. La peau de sujets atteints de cancer joue un rôle important dans la rétention du NaCl. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude physio-pathologique des dermatoses inflammatoires aiguës. *Ire communication.* **L'essai par l'eau dans les eczémas et les dermatites** (Zur Pathophysiologie akut-entzündlicher Dermatosen. I Mitteilung. Ueber den Wasserversuch bei Ekzemen und Dermatitiden), par Alfred PERUTZ et A. E. KLEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 525, 4 fig.

Il ressort des recherches des auteurs dans les eczémas et dermites, recherches pratiquées par la méthode de Volhard, qu'il n'existe de troubles dans la teneur en eau que dans les affections généralisées. Ils ont pu établir parmi les cas examinés trois types différents : Type I : élimination augmentée ; pendant 4 heures, l'élimination dépassa la quantité d'eau absorbée ; ce fut le cas dans les eczémas aigus avec œdème très prononcé et dans l'urticaire. — Type II : Forte rétention, souvent l'élimination ne dépassa pas 200 centimètres cubes ; on rencontre ce type dans l'eczéma subaigu. — Type III : L'élimination de liquide fut normale, mais le rythme montra des déviations de la normale. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude physio-pathologique des dermatoses inflammatoires aiguës. *IIe communication.* **Pression colloïdosmotique dans les eczémas et dermatites** (Zur Patophysiologie akut-entzündlicher Dermatosen. II Mitteilung. Kolloidosmotischer Druck bei Ekzemen und Dermatitiden), par A. PERUTZ et A. E. KLEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 532.

Les auteurs ont examiné dans les eczémas et les dermites la pression colloïdosmotique par la méthode indirecte de détermination de l'albumine-globuline-azote, calculée d'après Elias et Goldstein. Ils ont pu démontrer une hypéronkie du sérum sanguin dans les eczémas aigus et les dermites. Les valeurs les plus élevées furent constatées dans les eczémas aigus en voie de guérison, tandis que P. et K. constatèrent dans

les eczémas subaigus et chroniques des valeurs relativement hautes de la pression colloïdosmotique. Ils expliquent ce phénomène en admettant que l'hypéronkie est une fonction régulatrice compensatrice. Des faits cliniques et expérimentaux sont en faveur de cette hypothèse.

Olga Eliascheff.

Fixation du complément persistante et guérison de la blennorragie (Persistierende Komplementbindung und Heilung der Gonorrhoë), par H. Frohlich et P. Jordan. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 542.

Les auteurs ont recherché en 1932 la fixation du complément dans la blennorragie de l'homme chez des malades traités pendant les années 1927-1930 et qui présentèrent encore après la guérison des réactions sérologiques positives. Ils ont constaté que la réaction de fixation positive ne disparaît qu'après de longues années et elle peut ne pas indiquer la persistance d'un foyer latent. La réaction positive, si une infection méningococcique peut être exclue, démontre qu'une blennorragie ancienne, ordinairement suivie de complications, a existé. Il en résulte que seul l'examen bactériologique a une valeur pour la détermination de la guérison. Si on examine soigneusement et souvent pendant ou à la fin du traitement toutes les sécrétions, on est en droit de ne pas attribuer de valeur à une séro-réaction positive. Mais si l'examen bactériologique n'a pas été rigoureusement pratiqué, la séro-réaction positive facilite le diagnostic des cas non guéris, elle est spécialement utile dans les prostatites. Il faut donc examiner par la séro-réaction tous les sujets atteints de blennorragie compliquée de prostatite aussitôt après la cessation du traitement ainsi que 6 et 12 mois après. Si la réaction de fixation persiste, il faut examiner à répétition (et aussi par ensemencement) les sécrétions des annexes.

Olga Eliascheff.

Epidermophyties des ongles produites par le champignon de Kaufmann-Wolf (Nagelepidermophytien, hervorgerufen durch den Kaufmann-Wolf-Pilz), par August Matras. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 552, 3 fig.

L'auteur donne une description clinique typique des lésions unguéales dues à l'épidermophyton de Kaufmann-Wolf. Il apporte trois observations personnelles avec examens de laboratoire et il considère comme de la plus grande importance, et très probablement comme pathognomonique pour cette épidermophytie des ongles, la présence de lésions dysidrosiformes, vésiculeuses et squameuses à la peau des mains, des pieds et des espaces interdigitaux. On y décèle facilement, microscopiquement et aussi par la culture, le champignon de Kaufmann-Wolf. Il existe donc une relation causale entre les lésions cutanées et unguéales. La présence du champignon, démontrée microscopiquement et par culture, sur la peau est d'une grande utilité pour le diagnostic de la même infection au niveau des ongles et elle facilite le diagnostic différentiel.

Cette communication est le premier travail d'ensemble dans la bibliographie allemande sur les lésions unguéales causées par l'épidermophyton de Kaufmann-Wolf. OLGA ELIASCHEFF.

Sur des proliférations tumorales des gencives (Fibromatose des gencives et gingivite hypertrophique) (Ueber tumorartige Wucherungen der Gingiva) (Fibromatosis gingivæ und Gingivitis hypertrophica), par August MATRAS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 565, 6 fig.

Observation de 2 cas de fibromatose des gencives et, pour le diagnostic différentiel, d'un cas de gingivite hypertrophique. La fibromatose peut débuter dans la première année de la vie, elle s'accroît très rapidement pendant la dentition et est progressive. Les gencives sont extrêmement épaissies, d'une consistance osseuse, elles recouvrent presque entièrement les dents. On constate histologiquement une prolifération des faisceaux conjonctifs de la gencive, une importante infiltration plasmocytaire au pourtour des vaisseaux dilatés. Il s'agit, d'après l'auteur, d'une malformation tumorale dans le sens d'un hématome. L'étiologie est encore inconnue : on suppose soit des troubles endocriniens, soit une défectuosité congénitale du mésenchyme. On observe de temps à autre l'apparition familiale de cette maladie. On la confond souvent avec la gingivite hypertrophique, mais cette dernière est une hypertrophie des gencives de nature inflammatoire.

OLGA ELIASCHEFF.

Sarcomatose idiopathique multiple de Kaposi (Sarcoma idiopathicum multiplex Kaposi), par H. MIERZECKI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 577, 1 fig.

Observations de 7 cas de sarcomatose de Kaposi. L'aspect clinique de cette maladie diffère de la description classique par Kaposi. Les tumeurs ne sont pas toujours multiples, surtout au début de la maladie, la lésion initiale se rencontre souvent aux mains et aux pieds, mais aussi, dans les cas de l'auteur, au tronc et aux oreilles et sur les organes génitaux chez l'homme et la femme. On trouve des métastases non seulement dans l'estomac, l'intestin et le foie, mais aussi dans les poumons et les reins, lesquels sont alors le seul siège. La race juive est surtout atteinte et certains métiers semblent prédisposés à cette maladie : il existe probablement une disposition locale spéciale de la peau, disposition produite par un traumatisme (froid, chaleur). L'histologie montra, dans les cas de l'auteur, un tissu sarcomateux rappelant par places le tissu musculaire à côté d'un tissu de granulation. Les différences histologiques dépendent du stade de la maladie.

OLGA ELIASCHEFF.

L'infection syphilitique sans symptômes de la souris blanche (Etude comparative biologique et pathologique) (Die symptomlose Syphilisinfektion der weissen Maus) (Eine vergleichend biologische und pathologische Studie), par C. L. KARRENBERG. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 585, 19 fig.

L'auteur apporte les résultats de ses recherches cliniques, histologiques, biologiques et sérologiques sur l'infection syphilitique asymptomatique de la souris blanche. Les recherches ont porté sur 700 souris et sont comparées avec celles des autres auteurs. K. étudie ensuite l'évolution de l'infection, l'histologie de la syphilis expérimentale du lapin et de quelques autres spirochétoses : *sp. recurrens* et la spirillose. Description des lésions à l'endroit de l'infection, de la participation des systèmes organiques et des organes à l'infection (Travail très instructif et très intéressant avec bibliographie). Olga Eliascheff.

Psoriasis et constitution de la peau (Psoriasis und Hautkonstitution), par Bettmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 694.

L'auteur discute les travaux publiés sur la constitution spéciale de la peau des sujets atteints de psoriasis, constatations de certains auteurs qu'il n'a pas retrouvées chez ses très nombreux malades, mais il admet qu'il existe chez tout psoriasique une faiblesse congénitale de la vitalité cutanée. Il conclut qu'il est impossible de mettre en évidence des signes formels et des stigmates morphologiques d'une diathèse psoriasique, comme c'est le cas dans d'autres génodermatoses.

Olga Eliascheff.

Sur l'étiologie du pseudoxanthome élastique (Darier) (Zur Ætiologie des Pseudoxanthoma elasticum) (Darier), par E. Joffe et M. Joffe. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 713.

Observation d'un cas typique de pseudo-xanthome élastique. Les troubles endocriniens semblent jouer un rôle dans l'étiologie de cette maladie et dans le cas de l'auteur, les troubles ovariens (hypofonction). Une sœur de la malade fut atteinte d'une lésion analogue.

Olga Eliascheff.

Réactions d'immunisation dans l'oïdiomycose cutanée humaine et expérimentale de l'animal (Immunreaktionen bei der menschlichen und tierexperimentellen Oidiomykose der Haute), par Hans Biberstein et Stephan Epstein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 716, 6 fig.

La recherche expérimentale des réactions d'immunisation dans l'oïdiomycose cutanée humaine et du cobaye a donné aux auteurs les résultats suivants : la réaction de fixation du complément a été, dans 99 cas d'oïdiomycoses sûres (intertrigineuses et interdigitales), positive dans 45,4 o/o des cas chez l'homme. Dans 136 autres cas, plus ou moins suspects d'oïdiomycose, la réaction fut positive dans 24,3 o/o. De 729 sujets témoins, 3,5 o/o seulement présentèrent une réaction positive, après des examens plusieurs fois répétés. Les antigènes de souches d'oïdiomycoses ainsi que du soor buccal ont été actifs. Les réactions intradermiques se sont, dans un certain nombre de cas, montrées plus prononcées chez les malades que chez les sujets sains, mais il

fut impossible, comme cela a été réalisé dans les expériences sur l'animal, de trouver une concentration capable de produire chez les malades à peu près régulièrement un résultat positif, sans provoquer aussi une augmentation de réaction chez les sujets sains.

RECHERCHES SUR LE COBAYE

Fixation du complément. — On ne peut pas obtenir par une infection transcutanée (inoculation répétée 1 à 3 fois dans 2 jours), une réaction positive. On observa seulement (inoculation 6 fois répétée pendant 24 jours) une réaction positive chez 2 animaux sur 9 après 15 jours.

On obtient une réaction positive en faisant l'inoculation par injection intradermique de fortes doses au plus tôt le 9e jour, au plus tard le 53e jour.

Réaction cutanée. — L'infection transcutanée avec un filtrat de culture sur vieux bouillon maltosé (toxine) fut positive chez presque tous les animaux inoculés plusieurs fois. La réaction fut dans un cas encore positive 6 mois 1/2 après l'infection.

Il n'existe pas de parallélisme entre les réactions de fixation du complément et les réactions cutanées. Aucune immunité ne résulte des injections intracardiaques et cutanées préventives vis-à-vis des infections intracardiaques suivantes. On peut démontrer les oïdies presque régulièrement dans le cerveau des cobayes infectés par voie intracardiaque avec des doses mortelles, même si l'on ne trouve pas toujours ou sûrement des champignons (cultures) dans les autres organes.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'atteinte du rectum dans la blennorragie de la femme (Ueber die Beteiligung des Rectums bei der Gonorrhoë der Frau), par O. DAHMEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 743, 1 fig.

Il faut, d'après l'observation de l'auteur, rechercher chez la femme atteinte de blennorragie le gonocoque aussi dans le rectum par la recherche « dans l'eau de lavage ». Le prélèvement par l'anse ou par la curette n'est pas suffisant. 41,2 o/o des malades hospitalisées dans la clinique de Dresde (salle des prostituées) présentèrent une infection gonococcique du rectum.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de l'érythème annulaire centrifuge (Darier) (Zur kenntnis des Erythema annulare centrifugum) (Darier), par S. NEUMARK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 748, 9 fig.

L'auteur observa après l'absorption d'iodure de potassium dans deux cas typiques d'érythème annulaire centrifuge (érythème papulo-circiné migrateur et chronique de Darier) d'une durée de 1 an 1/2 à 2 ans, une augmentation de l'éruption cutanée, l'apparition de vésicules et de bulles, principalement à la bordure des foyers érythémato-papuleux avec

atteinte prononcée de l'état général. Il a pu aussi provoquer dans un cas une réaction à distance par une injection intradermique de 0,2 cm^3 d'une solution d'iodure de sodium à 1 o/o, réaction consistant en plusieurs taches érythémateuses très éloignées du point d'injection.

Dans les deux cas, l'éosinophilie du sang fut augmentée (jusqu'à 9 o/o), et dans un de ces cas, les éosinophiles furent trouvés augmentés dans le contenu des bulles et dans l'infiltrat dermique. Il ressort de ces données et de beaucoup d'autres, qu'il faut considérer l'érythème annulaire centrifuge de Darier comme une forme atypique de la dermatite herpétiforme de Dühring. Il faut considérer l'érythème annulaire centrifuge comme une réaction cutanée spéciale, allergique vis-à-vis d'un agent infectieux ou toxi-infectieux encore inconnu.

Olga Eliascheff.

Sur la sensibilisation par l'orthoforme. Et contribution à l'étude de la sensibilisation sous l'aspect des eczémas des sujets témoins par des essais de transmission passive (Ueber Sensibilisierung durch Orthoform. Gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Sensibilisierung von Kontrollpersonen durch passive Uebertragungsversuche unter dem Bilde von Ekzemen), par Josef Konrad. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 766.

Observation d'un cas de nécrose profonde de la peau suivie d'une hypersensibilité très prononcée sous forme d'un eczéma après application prolongée, toujours sur le même endroit de la peau, d'une pommade à l'orthoforme à 5 o/o. L'auteur a pu sensibiliser par des applications répétées, sur un territoire cutané, de pommades à 5 et 10 o/o, la peau de sujets sains. Transmission passive par la méthode de Kœnigstein-Urbach.

Olga Eliascheff.

Sur la biologie du gonocoque (Zur Biologie des Gonococcus), par Alfred Cohn. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 790.

L'auteur, malgré de longues recherches, n'a pas réussi à modifier les propriétés biologiques normales des cultures de gonocoques. Il lui fut aussi impossible de modifier expérimentalement leur Gram négativé.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude du fibrosarcome cutané (Zur Frage des Fibrosarkomes der Haut), par W. Bruck. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 797, 4 fig.

Observation d'une induration fibreuse, sclérodermiforme du côté gauche de l'abdomen apparue dès la naissance avec transformation ultérieure brusque en tumeur sarcomateuse. Cette lésion peut être considérée comme une malformation cutanée, elle augmenta pendant la puberté et se transforma en tumeur à l'âge de 24 ans. L'auteur conseille de faire, dans des cas analogues, une ablation chirurgicale très large.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude du prurigo nodulaire de Hyde et de ses rapports avec la kératose verruqueuse de Weidenfeld (Zur Kenntnis der Prurigo nodularis Hyde und deren Beziehungen zur Keratosis verrucosa Werdenfeld), par R. M. Bobustedt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 3, 1932, p. 808, 3 fig.

L'auteur apporte deux cas typiques de prurigo nodulaire d'Hyde et discute les rapports de cette affection avec la kératose verruqueuse de Weidenfeld. Ces deux maladies sont considérées par l'auteur comme identiques. Olga Eliascheff.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Etudes sur le psoriasis (Studien über Psoriasis), par W. Richter. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 45, 5 novembre 1932, p. 1597, 5 fig.

Chez tous les 65 psoriasiques étudiés, R. a constaté des troubles des sécrétions internes et, par dessus tout, des modifications de la surrénale, les autres glandes étant relativement peu intéressées. L'hormone hypophysaire exerce souvent une influence nocive et, quand il existe des troubles fonctionnels d'autres glandes internes après la thérapeutique par les hormones correspondantes, c'est que les surrénales sont atteintes et l'hormone surrénale rétablit l'équilibre. Du reste, les échecs de l'hormonothérapie tiennent à l'insuffisance et à la grossièreté de nos investigations. L. Chatellier.

Chancre tuberculeux sur la peau d'un adulte (Tuberkulöser Primärkomplex auf der Haut eines Erwachsenen), par L. Rotnes. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 45, 5 novembre 1932, p. 1605, 2 fig.

Observation d'une inoculation tuberculeuse, qui se traduit chez une jeune fille de 30 ans, par une ulcération sur la lèvre supérieure gauche avec adénopathie sous-maxillaire, par érythème noueux. Pas de syphilis, pas de signes viscéraux de tuberculose ; réaction à la tuberculine très positive. La malade a été contaminée par son amoureux, tuberculeux pulmonaire : l'incubation aurait été d'un mois. L'ulcération prend l'aspect du tissu lupique, cependant que les ganglions se ramollissent ; guérison. L. Chatellier.

Sur le traitement des maladies de l'ongle (Zur Behandlung der Nagelerkrankungen), par J. Schütz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 45, 5 novembre 1932, p. 1608.

Chez un boulanger, atteinte des ongles des doigts : les ongles deviennent épais, opaques, noirâtres ou bleu-vert, avec des irrégularités et des aspérités. S. obtient une amélioration considérable par des massages des ongles maintenus dans l'eau oxygénée pure et chaude.
L. Chatellier.

Traitement de la blennorragie avec des remèdes doux, en particulier l'Agesulf (Zur Behandlung der Gonorrhoe mit milden Mitteln, insbesondere mit Agesulf), par B. Elsæsser. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 45, 5 novembre 1932, p. 1610.

On connaît les avantages du traitement local doux de la blennorragie. L'agesulf est un sel d'argent dépourvu de tout pouvoir irritant, mais il est très actif, empêche la propagation de l'infection, prévient les complications et diminue les récidives. L. CHATELLIER.

Essais de culture du bacille tuberculeux en partant du sang circulant d'après le technique de Löwenstein dans la tuberculose cutanée, comparés aux cultures de fragments cutanés (Züchtungsversuche von Tuberkelbazillen aus dem strömenden Blute nach Löwenstein bei Hauttuberkulosen unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Tuberkelbazillen-Hautkulturen), par T. BENEDEK. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 46, 12 novembre 1932, p. 1641, 3 fig.

B. a employé simultanément l'hémoculture d'après Löwenstein et la culture de fragments cutanés broyés et ensemencés selon la technique de E. Keil. Par la seconde technique, il a obtenu dans 4 cas de lupus des cultures vivaces de bacilles humains ; dans 1 cas de tuberculide et 2 de lupus érythémateux, résultat négatif. Par la méthode de Löwenstein, 1 résultat positif ; répétée quelques semaines après, l'hémoculture est restée négative chez le même malade.

La primo-culture, dans l'une et l'autre techniques, montrait des bacilles identiques. La deuxième culture de la souche sanguine perdait les caractères habituels et les éléments microbiens prenaient l'aspect de fragments acido- et alcoolo-résistants ou de fragments acido- et alcoolo-labiles et aussi la forme de cocci. L. CHATELLIER.

La signification des constatations liquidiennes pour la pathologie de la syphilis latente et congénitale (Die Bedeutung des Liquorbefundes für die Pathologie der latenten und kongenitalen Syphilis), par V. KAFKA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXV, n° 46, 12 novembre 1932, p. 1650.

Dans cette revue, K. rappelle ses travaux sur les constituants du liquide : albumine totale, albumine et globuline, cellules. Quelle est la valeur des modifications du taux de globuline et, partant, du quotient albumineux (globuline : albumine totale) pour le pronostic de la syphilis latente ? Il est certain que la globuline peut être accrue même en l'absence de tout signe clinique ou sérologique. S'agit-il d'une lésion résiduelle d'une méningite guérie ou d'un signe prémonitoire de lésions parenchymateuses ? K. ne peut répondre fermement, car il faudrait des examens systématiques de liquides au cours de S^2 et de S^3. La constatation d'un liquide absolument normal ne permet pas d'exclure l'apparition d'une syphilis nerveuse tardive. Dans la syphilis congénitale, l'étude du liquide n'est pas aussi avancée que dans la syphilis acquise. La question, du reste, est rendue difficile par la constatation d'altérations du liquide sans manifestations nerveuses et vice versa. Sur 13 cas, K. a trouvé 4 fois une augmentation de la globuline et 2 fois de l'albumine ; les 13 fois, réaction de Wassermann et réactions colloïdales étaient négatives. L'origine et la signification de l'augmentation de la globuline sont encore des questions à résoudre.

L. CHATELLIER.

Contribution au traitement de l'acné (Beiträge zur Aknebehandlung), par J. SELLEI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 47, 19 novembre 1932, p. 1669.

Après des recherches sur l'état gastro-intestinal, sur l'importance des endocrines (glandes sexuelles, hypophyse et thyroïde en particulier), S. est arrivé aux traitements suivants :

Dans les formes légères, il a recours au régime de Gerson avec vitamines végétales abondantes, au soufre intus et extra, et aux hormones appropriées aux troubles ovariens et à la thyréotoxycose et il traite les troubles digestifs.

Dans les formes graves, il ajoute les rayons ultra-violets et la vitamine D. L. CHATELLIER.

Sur un stigmate professionnel non encore décrit des chauffeurs et mécaniciens de locomotives (Ein noch nicht beschniebenes berufliches kennzeichen der Lokomotivführer und Heizer), par M. OPPENHEIM. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 47, 19 novembre 1932, p. 1674, 1 fig.

Sur la face antérieure des jambes, O. a vu, chez un chauffeur, des cicatrices pigmentées parallèles ; elles commencent à un travers de main au-dessous de la rotule et s'étendent jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Le malade explique que ces cicatrices sont les résultats d'écorchures provoquées par les glissades sur les marches très hautes et, en hiver, couvertes de glace, de la locomotive et du tender. Vérification faite, tous les chauffeurs et mécaniciens de locomotives portent les mêmes cicatrices qui sont, sans doute, à l'origine des épithéliomas cutanés des jambes signalés chez ces cheminots. L. CHATELLIER.

Nodules cutanés ou dermatofibromes lenticulaires (Noduli cutanæ ou dermatofibroma lenticulare), par L. WILLBRAND. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 47, 19 novembre 1932, p. 1676.

W. rapporte 4 observations de dermatofibromes lenticulaires, décrits auparavant par Arning, Lewandowsky, Schreus. Il s'agit cliniquement de nodules durs et indolents, en nombre variable (2-10), situés dans le derme profond et siégeant surtout aux extrémités. Histologiquement : fibrome séparé, en général, de l'épiderme par une zone conjonctive saine. Les auteurs précédents ont invoqué une origine traumatique (corps étrangers) ou infectieuse (folliculite, piqûre d'insecte).

L. CHATELLIER.

Sur le traitement des dermatoses, en particulier de la sclérodermie par les vapeurs d'iode (fumigation iodée) (Ueber die Behandlung der Hautkrankheiten, besonders der Sklerodermie, mit Ioddämpfen (Iodfumigation)), par M. BREITMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 47, 19 novembre 1932, p. 1678.

B. emploie des vapeurs d'iode directement sur la peau malade. Il a traité ainsi 3 sclérodermies, avec atteinte grave des membres supérieurs (il place le bras dans un tube d'Esmarch où les cristaux d'iode se

vaporisent) : dans les 3 cas, amélioration rapide. Dans le vitiligo et la leucodermie, le succès est assuré s'il persiste dans les plages décolorées des îlots pigmentés ; autrement, non. L. CHATELLIER.

Le Thorium-X dans le parapsoriasis en plaques (Thorium-X Parapsoriasis en plaques), par K. PREIS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 47, 19 novembre 1932, p. 1680.

P. a obtenu en quelques jours la guérison dans 2 cas de parapsoriasis en plaques, grâce à des applications de thorium-X dissous dans l'alcool propylique. L'emploi préalable de kératolytiques favorise le succès.

L. CHATELLIER.

Sensibilisation cutanée au formol comme maladie professionnelle (Kutane Sensibilisierung gegen Formalin als berufliche Erkrankung), par F. BERNSTEIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 47, 19 novembre 1932, p. 1683.

Chez les sœurs infirmières, B. a constaté une sensibilisation au formol, se traduisant par des poussées érythémateuses et eczématiformes. Recherches faites, le formol est employé en composition avec du savon comme désinfectant. Les proportions de formol sont bien inférieures aux doses utilisées dans les laboratoires. Après expérience chez l'animal, B. incrimine le savon qui, agent non spécifique, prépare et renforce la sensibilisation de l'organisme. L. CHATELLIER.

Un cas de syphilis congénitale tardive (Ein Fall von Lues congenita tarda), par J. JOST. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 47, 19 novembre 1932, p. 1687.

Chez un robuste jeune homme de 19 ans, vierge, apparaissent brusquement 3 ulcérations profondes, avec fétidité de l'haleine : gommes de la langue hérédo-syphilitiques probables (sérologie sanguine positive) infectées secondairement par du fuso-spirille. Aucune autre manifestation clinique. L. CHATELLIER.

Réaction de déviation du complément avec l'antigène tuberculeux de Witebsky, Klingenstein et Kuhn dans la lèpre (Komplementbindungsreaktion mit dem Tuberculose-antigen von Witebsky, Klingenstein et Kuhn bei Lepra), par J. BRANTS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 47, 19 novembre 1932, p. 1688.

L'antigène est un extrait dans l'alcool à chaud de bacilles tuberculeux. Il ne donne pas de réaction non spécifique avec les sérums syphilitiques. Mais il dévie le complément en présence de sérum de tuberculeux et aussi de lépreux. B. a voulu vérifier sa valeur dans la lèpre. Sur 50 cas de lèpre tubéreuse et 4 de lèpre mixte, 54 réactions positives ; dans 26 cas de lèpre nerveuse, 6 réactions négatives.

L. CHATELLIER.

Le dermatogramme et sa valeur pour l'opération esthétique du sein (Das Dermatogramm und seine Bedeutung für die plastische Brustoperation), par Erna GLÆSMER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 48, 26 novembre 1932, p. 1713, 10 fig.

Le dermatogramme, généralisation à tout le tégument de la dactylographie, renseigne sur l'état de la peau au niveau du sein. L'étude systématique des épreuves montre que c'est au-dessus du mamelon que la peau subit la plus grande tension. Les plis, normalement horizontaux, tendent vers la verticale dans les seins pendants. C'est donc là que portera l'exérèse chirurgicale, la portion sous-mamillaire gardant presque toujours sa disposition normale.

L. CHATELLIER.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur le traitement maximal de la syphilis primaire et secondaire (Zur maximalen Behandlung der primären und sekundären Syphilis), par R. STREMPEL. *Dermatologische Zeitschrift*, t LXV, f. 1, novembre 1932, p. 1.

S., à l'aide d'observations cliniques, insiste sur l'importance du traitement maximal de la syphilis fraîche. Le traitement intense comme le recommande Hoffmann permet la guérison de la syphilis, même à la période secondaire ; en tout cas, il met à l'abri des lésions viscérales tardives (cardio-vasculaires et nerveuses). S. recommande la ponction sous-occipitale, sans danger quand elle est pratiquée par des mains expertes.

L. CHATELLIER.

Sur la destruction des empreintes digitales dans les kératoses palmo-plantaires disséminées (Ueber die keratotische Destruction der Papillerleisten bei den dissemierten palmo-plantaren Keratosen), par G. HOPF. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, f. 1, novembre 1932, p. 12, 9 fig.

Dans 4, et même 5, cas de kératoses palmo-plantaires papuleuses, l'auteur a constaté une rupture du tracé des crêtes papillaires, causée par la destruction de certaines lignes de crêtes par l'hyperkératose. Par ce procédé, on assiste au développement progressif des papules kératosiques. Les autres détails morphologiques (agrandissement des éléments, formation de nouvelles papules, néoformations cornées ou de cratères, etc.), ne suffisent pas à différencier les diverses images cliniques. Au contraire, la parfaite identité des efflorescences primaires et le développement de la kératose aux dépens des mêmes éléments de la peau (les crêtes papillaires) démontre, semble-t-il, l'unité du processus pathologique dans toutes les kératodermies disséminées.

L. CHATELLIER.

Contribution à l'étude des processus d'immunité dans la syphilis sans symptômes de la souris blanche (Beiträge zum Studium der Immunitätsvorgänge bei der symptomlosen Syphilisinfektion der weissen Maus), par F. KOCH. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, f. 1, novembre 1932, p. 24.

Le procédé de Rieckenberg (« phénomène de la charge ») et la micro-réaction de Meinicke se sont montrés presque toujours négatifs chez les souris blanches inoculées avec des cultures vivantes de spirochètes. Le spirochète donc, chez ces animaux, n'a aucun pouvoir antigénique ; comme il ne provoque aucune réaction tissulaire profonde, il n'y a donc aucun processus d'immunité. Dans les rares cas où la sérologie et l'histologie donnaient un résultat positif, le phénomène de Rieckenberg était également positif. L. CHATELLIER.

Nos recherches sur le Solu-Salvarsan (Ueber unsere Erfahrungen mit Solu-Salvarsan), par G. ENSBRUNER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, f. 1, novembre 1932, p. 28.

Le solu-salvarsan (qui est une solution à 10 o/o toute prête) s'injecte par voie musculaire ; il est actif et constitue un progrès sur le myo-salvarsan. Il sera donc utile quand la voie veineuse sera impossible ou contre-indiquée. Le temps manque pour juger de sa valeur comparée à celle des autres composés salvarsaniques.

L. CHATELLIER.

Sur l'épidémiologie du chancre simple (Zur Epidemiologie des weichen Schankers), par A. PROPPE. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, f. 1, novembre 1932, p. 84.

Longue revue qui aboutit à la conclusion que, dans les épidémies de chancres simples, le rôle de la femme est prédominant ; qu'il importe de découvrir — et de supprimer — les foyers de contagion. Émigrants et matelots sont souvent à l'origine de ces contaminations focales.

L. CHATELLIER.

Comment pousse l'ongle? (Wie wächst der Nagel), par E. KROMAYER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, f. 1, novembre 1932, p. 45.

K. ajoute les remarques suivantes au travail de Krantz « sur l'anatomie de l'ongle », parue dans cette revue, t. LXIV, 1932, p. 239.

L'ongle, dans son mouvement d'arrière en avant, glisse sur son lit, comme le poil, même libéré de sa matrice, monte dans sa gaine épithéliale. L'ongle n'est pas seulement poussé par les nouvelles cellules formées par la matrice. Comme le poil mort, l'ongle à matrice lésée ou détruite, continue sa progression. L'un et l'autre avancent grâce aux mouvements incessants des cellules épithéliales de la gaine ou de la matrice, à la façon d'une lame métallique posée sur de petits cylindres en rotation parallèle. L. CHATELLIER.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

L'aortite syphilitique et ses rapports avec les symptômes du système nerveux central (Ueber die Aortitis luica und ihre Beziehung zu den Symptomen des Zentralnervensystems), par A. v. SARBO. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, no 45, 4 novembre 1932, p. 1373.

Il y a des cas de syphilis nerveuse à localisation cérébrale ou, plus rarement, médullaire, dans le développement desquels l'aortite joue le rôle principal. Il ne s'agit pas alors de la concomitance de lésions organiques nerveuses et d'aortite syphilitiques, mais d'embolies intranerveuses venant d'un thrombus aortique. Certes, dans l'aortite syphilitique, on a le plus souvent affaire à une mésartérite ; mais l'endartère est souvent irrégulière, d'où la formation du thrombus, point de départ d'embolies, non infectieuses d'ailleurs, qui obturent un vaisseau du cerveau ou de la moelle. Le tableau clinique est celui de la syphilis cérébrale ou médullaire ; toutefois, dans l'embolie, tous les symptômes nerveux, au lieu de s'installer progressivement ou d'être précédés de prodromes cliniques, apparaissent soudainement.

L. Chatellier.

Radiothérapie et traitement par suggestion des verrues (Röntgenbestrahlung und Suggestivbehendlung der Warzen) par R. Lenk. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, n° 46, 11 novembre 1932, p. 1408, 5 fig.

La radiothérapie des verrues agit-elle par suggestion ou par action directe sur les verrues planes et vulgaires ? D'après son expérience, L. pense qu'il faut distinguer ces deux sortes de verrues. Alors que les premières disparaissent souvent après une irradiation simulée et sans suggestion verbale, les secondes ne s'effacent qu'après une irradiation réelle, d'ailleurs plus efficace sur les verrues planes que la suggestion seule.

L. Chatellier.

Sur la constatation de bacilles faite par Löwenstein dans le sang circulant (Zu den Löwensteinschen Befunden von Tuberkelbazillen in strömenden Blute), par K. Haack et E. Delbanis. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, n° 47, 18 novembre 1932, p. 1436.

Les auteurs ont demandé à Löwenstein de faire l'hémoculture de 79 malades choisis par eux dans leur clientèle hospitalière et privée, et dont le diagnostic clinique n'était pas révélé au laboratoire. Sur 79 malades, il y eut 15 hémocultures positives ; 65 malades n'avaient pas de lésions cliniques de tuberculose : 14 résultats positifs. Parmi les tuberculoses cutanées et les tuberculides (lupus, tuberculides papulo-nécrotiques, érythème de Bazin, érythème noueux, érythrocyanose des jeunes filles, pernio), 1 résultat positif.

L. Chatellier.

Sur les lésions du sang et des reins dans un cas d'apoplexie séreuse par néosalvarsan (Ueber Blut- und Nierenveränderungen bei einem Fall von angioneurotischen Symptomkomplex nach Nosalvarsan), par W. Beiglböck. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, n° 48, 25 novembre 1932, p. 1469.

Dans le cas rapporté par lui, B. a constaté des altérations de courte durée dans l'appareil urinaire et la moelle osseuse. Les lésions rénales sont à imputer à des altérations vasculaires et constituent le stade pré-

liminaire de la nécronéphrose de Volhard. L'irritation de la moelle osseuse se traduit par une forte leucocytose avec déviation à gauche et par l'éosinophilie. Ces dernières constatations sont à comparer aux manifestations de l'anaphylaxie. L. CHATELLIER.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Solu-salvarsan, par Enrique Alvarez SAINZ DE AJA et Miguel FORNS CONTERA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 2, novembre 1932, p. 103.

Le solu-salvarsan est une solution stabilisée à 10 o/o de diacétylaminoarsénobenzol-glycosé sodique, injectable par voie intramusculaire.

Vingt observations personnelles permettent aux auteurs de conclure que l'action curative du solu-salvarsan paraît supérieure à celle des autres préparations arsenicales utilisées en injections intramusculaires, mais ne peut être comparée à celle du néosalvarsan employé en injections intraveineuses.

C'est un médicament auquel on doit recourir exceptionnellement et non d'une façon habituelle. Comme tous les arsenicaux utilisés en injections intramusculaires, il a tous les inconvénients des arsenicaux injectés dans les veines sans avoir leur valeur thérapeutique.

La dose de 3 grammes conseillée par la maison qui prépare le produit est insuffisante et doit être portée à 6 ou 7 grammes. On doit l'associer aux autres médicaments antisyphilitiques usuels : bismuth, mercure, etc. J. MARGAROT.

Note préalable sur les résultats obtenus avec les colorations vitales dans le liquide céphalo-rachidien (Nota previa sobre los resultados obtenidos con las coloraciones vitales en el liquido cefalorraquiedeo), par J. MUNUZURI GALINDEZ. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 2, novembre 1932, p. 111.

La numération cellulaire isolée est insuffisante pour l'étude du liquide céphalo-rachidien. Il est indispensable de la compléter par l'étude cytomorphologique des éléments. Elle avait été reléguée au second plan à cause des résultats défectueux que donnaient les méthodes primitives. La technique de la coloration vitale, proposée par Ravaut et Boulin, met à l'abri de ces inconvénients et permet de la faire entrer dans la pratique.

L'étude de 50 liquides céphalo-rachidiens prélevés chez des sujets atteints de syphilis nerveuse ou de syndromes nerveux d'étiologie suspecte, a montré dans 32 cas des altérations cytologiques révélées par la technique de Ravaut et Boulin (présence de grands mononucléaires, cellules plasmatiques, réaction cellulaire intense, etc.). Dans les 18 restants, il n'y avait aucune altération cytologique.

Avec la numération à la cellule, on comptait seulement 14 liquides renfermant plus de 5 cellules par millimètre cube (plus de 10 seulement dans 6 cas) et 36 liquides avec moins de 5 cellules.

Les anomalies cytologiques révélées par la coloration vitale correspondaient aux autres altérations du liquide dans 70 o/o des cas.

J. Margarot.

A propos des rémissions complètes dans la paralysie générale après l'impaludation (A proposito de las remisiones completas en la paralisis general despues de la paludizacion), par J. Bejarano et E. Enterria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 2, novembre 1932, p. 117.

Il semble que la paralysie générale présente actuellement des rémissions spontanées plus fréquentes qu'autrefois.

Dans l'ensemble, le nombre de ces rémissions oscille entre 2,1 et 21 o/o des cas ; mais, si l'on étudie chronologiquement les statistiques, on observe que le nombre correspondant aux dernières années est très voisin de 20 o/o.

En ce qui concerne les rémissions thérapeutiques, il est très difficile de porter un jugement sur leur valeur. Toutefois, les auteurs ont observé deux cas dans lesquels l'impaludation a été suivie d'une régression totale des symptômes cliniques et des modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien.

J. Margarot.

Un cas de Cutis laxa avec lésions atrophiques du type érythromélique (Un caso de cutis laxa y lesiones atroficas de tipo eritromielico), par A. Navarro Martin et C. Aguilera Marur. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 21, novembre 1932, p. 126.

Un malade atteint de *cutis laxa* présente, en outre, des plaques atrophiques qui, par leur aspect objectif et leurs localisations rappellent l'érythromélie de Pick ou acrodermatite atrophiante chronique.

On trouve sur les genoux, sur la face antérieure du tiers moyen des deux jambes, sur les coudes, sur le dos des deux pieds et sur les malléoles, une peau dont le fond rose pâle fait place par endroits à une grande variété de nuances allant du blanc nacré au violet et à des teintes foncées fortement pigmentées. Cette peau est fine, atrophique, facile à plisser et rappelle le papier de soie paraffiné et ridé.

On aperçoit à sa surface, surtout quand on la plie, des stries blanches très fines qui s'entrecroisent dans toutes les directions en forme de réseau.

Des lésions identiques, quoique moins accusées, s'observent sur la face externe de la portion supérieure des deux oreilles. L'extensibilité des téguments est très grande en ces points.

Sur la face postérieure de l'articulation du coude gauche, on trouve un nodule dur, non douloureux, du volume d'une noisette situé sur la peau fine et atrophique de cette région.

L'exploration de la flexibilité articulaire et du tonus musculaire ne met en évidence aucune modification.

L'examen histologique montre une atrophie de l'épiderme et, par places, une hypertrophie du réseau élastique ou un épaississement du tissu conjonctif, donnant lieu, en certains points, à des nodules fibro-

mateux qui rappellent ceux de l'acrodermatite chronique atrophiante (Maladie d'Herxheimer-Pick).

Les auteurs pensent que ce cas doit être rangé dans le cadre des dystrophies embryonnaires systématisées. J. MARGAROT.

Poïkilodermie réticulaire pigmentaire de la face et du cou. Mélanose de Riehl. Poïkilodermie réticulaire atrophiante (Poiquilodermia reticular pigmentaria de la cara y cuello. Melanosis de Riehl. Poiquilodermia reticular atrofiante), par J. SALAVERRI et J. ANDUIZA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 21, novembre 1932, p. 136.

Sous ces divers noms, on a décrit des dermatoses que l'on tend actuellement à grouper et à considérer comme des aspects différents d'un même syndrome dermatologique. S. et A. limitent leur travail à la description anatomo-clinique de 5 cas qu'ils ont observés.

Dans le premier, la pigmentation réticulée occupe les régions frontale, temporale, maxillaire et mentonnière, s'étend au cou, aux régions claviculaires et aux faces de flexion des membres supérieurs. L'examen histologique met en évidence un amincissement de l'épiderme très accentué avec disparition des papilles, dégénération de la couche basale et petits foyers d'infiltration dans le derme, en contact avec l'épiderme. Ils sont constitués par des cellules lymphoïdes, par des fibroblastes et par des cellules pigmentaires. Les auteurs n'ont pas retrouvé les corps hyalins décrits par Civatte.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une poïkilodermie réticulée du type Civatte chez une malade ayant une alimentation normale et sans aucun contact avec des produits dérivés de la houille.

On note dans ce cas une glycosurie d'origine vraisemblablement rénale, une pression artérielle faible, des troubles du système végétatif avec un métabolisme basal abaissé. Le sujet accuse de l'asthénie et des sensations de cuisson.

Le troisième cas est relatif à un sujet employé comme garde dans un dépôt de machines et de charbon. On note également de l'hypoamphotonie. La couche cornée est hyperkératosique, le corps muqueux atrophié, la couche germinative désorganisée. Quelques-unes de ses cellules présentent une vacuolisation périnucléaire.

La quatrième et la cinquième observations montrent encore une hyperkératose avec atrophie de l'épiderme avec désorganisation de la couche germinative, disparition des papilles et infiltrations lymphocytaires dans la partie supérieure du derme. Le métabolisme basal est abaissé. J. MARGAROT.

Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Deuxième Congrès international de la Lumière (IIe Congreso Internacional de la luz) (Copenhague, août 1932), par José Maria PEYRI et J. TRAGANT. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 8e année, no 86, novembre 1932, p. 59.

Dans une communication présentée à ce Congrès, les auteurs ont, chez 8 malades atteints de vitiligo, badigeonné les plages achromiques avec de l'éosine à 0,05 o/oo et les ont soumises ensuite à la lampe de Kromayer pendant 5 minutes à 3 centimètres de distance.

Ce traitement a toujours été inoffensif et a été suivi d'une amélioration rapide et même d'une guérison clinique, sans que les sujets aient été soumis aux traitements internes classiques.

J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Les arsénobenzènes comme agents favorisant la neurosyphilis (The arsphenamines as factors in the production of neurosyphilis), par O'Leary et Rogin. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, novembre 1932, nº 5, p. 783.

Les arsénobenzènes ont été maintes fois incriminés dans la fréquence accrue de la neuro-syphilis au cours de ces 20 dernières années. O'L. et R. ont étudié à ce point de vue les 500 cas de neuro-syphilis qui se sont présentés en 2 ans à la clinique Mayo. 85 o/o d'entre eux n'avaient jamais reçu d'injections arsenicales et la majorité n'avaient reçu aucun traitement pendant la période aiguë de la syphilis. Plus de la moitié de ces malades présentaient des neuro-syphilis parenchymateuses, 20 o/o avaient des formes asymptomatiques.

Un groupe de malades avait été traité à la période aiguë par des injections arsenicales, mais d'une façon insuffisante : on trouvait parmi eux 32 o/o de tabès, 10 o/o de paralysie générale, 18 o/o de formes méningo-vasculaires, 38 o/o de neuro-syphilis asymptomatiques.

Chez les malades convenablement traités, c'est-à-dire chez ceux qui avaient reçu au moins 20 injections arsenicales pendant les deux premières années de leur maladie indépendamment du Hg et du Bi, on trouvait des neuro-syphilis parenchymateuses dans 19 o/o des cas, méningo-vasculaires dans 29 o/o, asymptomatiques dans 60 o/o des cas.

Il ressort de cette statistique que le pourcentage des neuro-syphilis parenchymateuses est beaucoup plus élevé lorsqu'aucun arsénobenzène n'a été employé. Même lorsque le traitement arsenical a été insuffisant, on constate une diminution des neuro-syphilis parenchymateuses et une augmentation des formes asymptomatiques. Le nombre de celles-ci s'élève encore aux dépens des formes parenchymateuses lorsque le traitement moderne a été appliqué régulièrement dès le début.

S. Fernet.

Les cas de mort dus au bismuth au cours du traitement de la syphilis (Fatalities due to bismuth in the treatment of syphilis), par Beerman. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, nº 5, novembre 1932, p. 797.

B. analyse les cas publiés de mort due au bismuth ; leur nombre est insignifiant relativement à celui des malades traités.

Il existe 6 observations de mort immédiate survenue 5 à 25 minutes après une injection bismuthique ; dans 5 de ces cas, il s'agissait d'injections intraveineuses, dans le sixième, l'injection paraît avoir été accidentellement poussée dans une veine. Les symptômes observés dans tous ces cas étaient les mêmes et relevaient d'un choc colloïdoclasique : dyspnée, cyanose, asphyxie, convulsions.

Les cas de mort non immédiate sont plus nombreux ; il s'agit alors d'ictère grave, de néphrite, de stomatite, de colite, de syndromes hémorragiques divers, d'agranulocytose.

Certains cas de mort tardive sont dus à l'aggravation par le traitement d'affections préexistantes : diabète, paraplégie, méningite, splénomégalie, etc.

En évitant l'emploi des préparations intraveineuses, en prenant toutes les précautions afin qu'une injection intramusculaire ne soit accidentellement intraveineuse, on peut donc écarter le danger de la mort subite par choc colloïdoclasique. L'examen viscéral minutieux avant et pendant les traitements permettra de limiter les autres désastres.

S. Fernet.

Les rayons limite ; leur valeur thérapeutique en dermatologie (Grenz rays; their therapeutic value in dermatology), par Scholtz. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 5, novembre 1932, p. 802.

Il s'agit d'une nouvelle modalité actinique proposée en 1925 par Bucky et à laquelle d'assez nombreuses publications américaines et allemandes ont été consacrées. Au moyen d'une ampoule spéciale, B. obtenait des rayons de longueur d'onde comprise dans la zone des rayons X à la limite des rayons ultra-violets. Ce sont des rayons très mous pour lesquels on a proposé aussi le nom de rayons X ultra-mous.

Cliniquement, leur action est très différente de celle des rayons X, B. relevait surtout leur influence sur l'état général et sur le système nerveux autonome. Ils peuvent être substitués aux rayons X pour le traitement des affections superficielles de la peau, mais leur sont très inférieurs en ce qui concerne les dermatoses et néoformations profondes. Moins dangereux que les rayons X en raison de leur action exclusive de surface, ils sont capables, cependant de produire de l'atrophie ou des télangiectasies.

Leur principale indication est le traitement des dermatoses superficielles des régions où la peau recouvre des organes radiosensibles tels que les yeux, les testicules, les seins.

S. Fernet.

Lymphogranuloma inguinale, par Amtman et Pilot. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 5, novembre 1932, p. 868, 4 fig.

Aperçu bibliographique et observations de 3 cas personnels. A défaut d'antigène de Frei, un antigène fut préparé avec le pus des malades eux-mêmes. Les injections de cet auto-antigène ayant donné lieu à des réactions focales (tension et brûlure dans les aines) on fit 4 injections

sous-cutanées à doses progressives. Chaque injection fut suivie d'une réaction focale ; à la dernière, les fistules étaient taries.

S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Sycosis simplex, par Benedek (de Leipzig). *The Urologic and Cutaneous Review*, novembre 1932, p. 733.

B. décrit, depuis quelques années déjà, dans de nombreuses publications, un endoparasite constant de l'être humain, le *Schizosaccharomyces hominis* qui, par « projection » à la peau occasionnerait un certain nombre de dermatoses parmi lesquelles l'eczéma séborrhéique d'Unna, les abcès tubéreux de l'aisselle, le pityriasis rosé, etc. Le sycosis simple serait aussi primitivement une affection endogène due au *S. hominis* mais secondairement infectée par des agents exogènes : staphylocoques et streptocoques. Dans toutes ces affections le *S. hominis* peut être décelé dans les lésions et dans le sang.

B. signale un remède souverain contre les saccharomycoses : la Cignoline, chrysarobine synthétique, employée à 2 ou 3 o/o dans une pâte de zinc. Trois ou quatre jours d'application suffisent pour guérir un sycosis ; toute épilation est inutile. S. Fernet.

Pachydermie vorticellée du cuir chevelu et vergetures (Cutis verticis gyrata and cutaneous « striæ »), par Parkes Weber. *The Urologic and Cutaneous Review*, novembre 1932, p. 731.

W. a signalé en 1928 l'association relativement fréquente de la pachydermie vorticellée du cuir chevelu avec l'acromégalie (12 cas). Il se demande maintenant si les vergetures qui sont en quelque sorte l'inverse de la pachydermie vorticellée, ne seraient pas elles aussi en rapport avec une trouble hypophysaire. On connaît les vergetures consécutives aux obésités précoces d'origine hypophysaire. D'après Cushing, les vergetures font partie du syndrome clinique de l'adénome de l'hypophyse. On peut donc admettre qu'un hyperfonctionnement passager de l'hypophyse est un facteur des vergetures idiopathiques, l'accroissement rapide des os, des muscles, de la graisse sous-cutanée se faisant en présence d'une insuffisance relative de la peau. Ces vergetures apparaissent chez des individus apparemment sains, quelquefois même chez des athlètes, souvent à la puberté, la peau ne suivant pas l'accroissement des épaules, du bassin, des cuisses. Dans d'autres cas, les vergetures apparaissent au cours de la fièvre typhoïde ou de quelques autres infections. P. W. admet que l'insuffisance relative de la peau qui est le facteur essentiel des vergetures dites idiopathiques de la puberté et des infections est une conséquence d'un hyperfonctionnement passager de l'hypophyse. S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Les dyscrasies sanguines consécutives à l'emploi des arsénobenzènes (The blood dyscrasias following the arsphenamines), par Mc Carthy et Wilson. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCIX, nº 19, 5 novembre 1932, p. 1558.

L'étude attentive de la littérature montre que 79 cas seulement de dyscrasies sanguines consécutives aux arsénobenzènes ont été publiés. Mc C. et W. analysent ces observations et proposent une classification nouvelle qui a l'avantage de grouper les faits d'après leurs caractères hématologiques qui correspondent à des conditions cliniques spéciales et permettent d'établir un pronostic.

La *forme thrombocytopénique* est caractérisée par une diminution des plaquettes sanguines sans anémie marquée, sans leucopénie importante ; la formule leucocytaire reste normale. Dans cette forme, les accidents hémorragiques : purpura, épistaxis, hémorragie gingivale, etc. se produisent immédiatement après une injection arsenicale ou très peu de temps après (5 jours au maximum), le nombre d'injections antérieures ayant, habituellement, été élevé. Le temps de saignement et de coagulation est augmenté ; il y a irrétractilité du caillot. Tous ces phénomènes sont passagers. La guérison rapide est de règle.

La *forme granulocytopénique* et *agranulocytaire* est beaucoup plus grave. Il y a anémie modérée, leucopénie et, surtout, réduction du pourcentage des granulocytes neutrophiles à 10 ou 5 o/o ou agranulocytose complète. Le syndrome hémorragique apparaît après un petit nombre d'injections, 5 en moyenne, et rapidement après. Il s'accompagne fréquemment de fièvre, d'ictère, d'érythrodermie, d'angine nécrotique. Le pronostic est sérieux, la mortalité étant de 33 o/o.

Dans la *forme aplastique*, il y a réduction de tous les éléments cellulaires du sang : le nombre des globules rouges tombe au-dessous de 2 millions, la leucopénie est constante, les granulocytes neutrophiles très réduits ou absents, les plaquettes rares. L'éclosion des accidents hémorragiques se produit après un grand nombre d'injections et assez tardivement, quelquefois un mois seulement après. Les symptômes évoluent assez lentement ; la guérison, lorsqu'elle survient, est lente. Le pronostic est grave, la mortalité étant de 83 o/o.

Cette classification est évidemment schématique, mais permet de juger de la gravité de chaque cas.

Il semble, en effet, que le pronostic de ces complications hémorragiques dépend en majeure partie de l'état fonctionnel de la moelle osseuse, état qui se traduit par une réduction plus ou moins grande des leucocytes granuleux. Dans la forme thrombocytopénique, les modifications portent presque exclusivement sur les plaquettes, les granulocytes ne sont pas diminués, le pronostic est régulièrement favorable. Lorsqu'il y a granulocytopénie, le pronostic dépend essentiellement de son degré :

l'agranulocytose complète, pour peu qu'elle se prolonge, entraîne invariablement la mort.

Les deux observations citées par les auteurs concernent deux cas bénins rentrant dans le cadre des thrombocytopénies. Chez un de ces malades, on tenta, quelques mois après une première alerte, d'injecter à nouveau de l'arsénobenzol. Une demi-heure après une injection de o cgr. 10, il présentait des frissons, du purpura, une hémorragie gingivale. La guérison se fit en 8 jours.

Au point de vue pathogénique, en raison de l'analogie entre la forme aplastique et l'empoisonnement chronique par le benzène, le radical benzène a été incriminé. Il se peut qu'il soit responsable des formes myélogènes, mais ne peut intervenir dans les formes thrombocytopéniques dans lesquelles la régénération des plaquettes est trop rapide pour qu'on puisse admettre une action toxique. Il est plus vraisemblable qu'il s'agit là d'un *choc sur les plaquettes* : destruction rapide suivie d'une régénération aussi rapide. En fait, la numération des plaquettes après les injections arsénobenzoliques a montré, dans la grande majorité des cas, une chute brusque en 10 à 30 minutes, puis une thrombocytose dépassant 450.000 pendant les 5 jours suivants. Il faut donc classer les accidents hémorragiques du type thrombocytopénique parmi les *réactions anaphylactoïdes.*

Les médicaments usuels : chlorure de Ca, hyposulfite de Na, favorisent la guérison des cas bénins. Dans les cas graves, seules les transfusions sont utiles, en ce sens qu'elles maintiennent la vie pendant le temps nécessaire au rétablissement éventuel des fonctions de la moelle osseuse. Dans aucun cas, la guérison ne peut être attribuée au traitement, les fonctions de la moelle osseuse ne pouvant se rétablir que spontanément. S. FERNET.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Un cas de porokératose de Mibelli (A case of porokeratosis of Mibelli), par Sydney THOMSON. *The British Journal of Dermatology and Syphilis,* nº 529, novembre 1932, p. 544.

L'intérêt de ce cas typique de porokératose de Mibelli est d'avoir été revu après 30 ans d'évolution. Il fut décrit d'abord en 1901, alors que la malade avait 23 ans et que ses lésions dataient de 6 ans. Pendant 30 ans, ces lésions sont restées stationnaires et à peu de chose près identiques à la première description qui en a été publiée. Elles s'atténuaient régulièrement en hiver, pour s'accentuer à nouveau en été. Toutes les recherches étiologiques : Mantoux, Bordet-Wassermann, inoculations aux cobayes, sont restées négatives ; cependant, sur 5 enfants, la malade en avait perdu 2, l'un de méningite, le second de bronchite. S. FERNET.

Il Dermosifilografo (Turin).

Comparaison entre le contenu en glucose du sang et du liquide de bulle après administration de sucre par voie buccale à des sujets psoriasiques et eczémateux, par Alessandro Ferrari. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 11, novembre 1932, p. 605, 20 fig.

Dans un travail antérieur, l'auteur a rapporté les résultats de ses recherches comparatives sur le glucose dans le sang et dans le liquide de bulle, à jeun, et durant l'épreuve de surcharge, chez des sujets normaux. Dans une seconde série d'expériences, il a pris comme objet de son examen, selon les mêmes modalités, des sujets atteints d'eczéma et de psoriasis, en provoquant des bulles sur la peau apparemment indemne et il a abouti aux conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas eu confirmation, dans l'eczéma et dans le psoriasis, au moins sur le nombre de cas qui ont été examinés (8 psoriasis et 10 eczémateux) de la prétendue fréquence de l'hyperglycémie ou de troubles du métabolisme des hydrates de carbone, ni à jeun, ni pendant l'épreuve de surcharge.

2° Dans le liquide de bulle pendant l'épreuve de surcharge, on observe, par comparaison aux sujets normaux, des différences évidentes. La valeur maxima du glucose est atteinte, en général, plus lentement et dans un certain nombre de cas, particulièrement chez les psoriasiques (6 sur 8), on obtient de véritables courbes diabétiques.

Ces résultats déposent en faveur de l'affirmation d'Urbach sur la possibilité d'existence de troubles du métabolisme des hydrates de carbone exclusivement dans la peau.

Ces troubles du métabolisme des hydrates de carbone, constatables sur la peau indemne dans l'eczéma et dans le psoriasis, pourraient être considérés ou comme dépendant de la cause elle-même de la dermatose dont elles seraient une expression différente, ou bien comme liées à la dermatose par des rapports d'effet à cause.

Dans le but d'élucider, en partie du moins, ce problème, l'A. se rapportant aux affirmations et recherches de Nadel et Montcorps et Speierer, a provoqué artificiellement, par le moyen des rayons ultra-violets et d'irritations chimiques, une dermatite aiguë et étendue chez deux sujets. Pendant la dermatite, il rencontra de profondes altérations du métabolisme du sucre, aussi bien dans le sang que dans le liquide de bulle, sur la peau indemne, alors que, la dermatite une fois disparue, il obtint des valeurs correspondantes à celles que l'on constate chez des sujets qui n'ont pas d'altérations du tégument.

Ces expériences démontrent, comme l'ont déjà observé Nadel et Miyake que, dans les dermatites artificielles aiguës, l'altération du métabolisme des hydrates de carbone est sous la dépendance des altérations cutanées et elles permettent de penser, par analogie, qu'en partie du moins, dans l'eczéma et le psoriasis également, les altérations du métabolisme des hydrates de carbone que l'on peut éventuellement rencon-

trer sont dans un rapport d'effet et non de cause avec la dermatose.

BELGODERE.

Relation clinico-statistique sur l'activité du dispensaire antivénérien gouvernemental du port de Naples pendant les années 1930-1931, par Ugo CAVALLUCCI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 11, novembre 1932, p. 635, 6 fig.

2.356 malades vénériens traités à ce Dispensaire en 1930, 7.835 en 1931. Ces deux chiffres montrent bien que la socialisation de la médecine, et en particulier de la vénéréologie, réalise en Italie les mêmes progrès inquiétants qu'en France. L'auteur ne donne aucun renseignement sur la situation sociale, et notamment pécuniaire des malades traités ainsi, aux frais de la collectivité. Il reproduit par quelques figures quelques cas particulièrement remarquables, notamment de syphilis tertiaire. Comme ailleurs, et notamment en France, il signale l'augmentation des cas de syphilis. Il s'agirait de savoir ce qu'en pensent les praticiens napolitains et si, à cette augmentation du nombre des malades du Dispensaire gratuit, ne correspond pas une diminution parallèle du nombre des malades aisés de leur clientèle.

BELGODERE.

Sur les gangrènes foudroyantes des organes génitaux externes, par Vittorio LANZANI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 11, novembre 1932, p. 644, 6 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte deux observations personnelles :

L'une concerne une jeune fille de 25 ans qui, à l'âge de 2 ans, à la suite d'une infection intestinale, fut atteinte de gangrène vulvaire d'où résultèrent de larges délabrements suivis de cicatrice atrésique de l'orifice vulvaire, empêchant les rapports sexuels. Une tentative de réparation autoplastique, faite par un chirurgien, aboutit à un échec.

Le second cas concerne un homme de 63 ans, qui était atteint d'un chancre mou du prépuce ; les accidents gangréneux surgirent brusquement, alors que l'ulcération était presque guérie (il y avait eu des applications de compresses imbibées de solution phéniquée). Le processus gangréneux amena une véritable dénudation de tout le fourreau de la verge et du scrotum. Ces accidents étaient accompagnés d'une forte élévation thermique avec atteinte de l'état général. Traitement local par des compresses alcoolisées, général par le sérum antistreptococcique intraveineux à haute dose. Les tissus gangrénés finirent par s'éliminer, l'état général s'améliora et finalement on obtint une réparation satisfaisante au moyen de greffes de Thiersch. L'auteur pense que, dans ce cas, il s'est agi véritablement de la forme foudroyante décrite par Fournier et il ne pense pas que l'on doive incriminer les applications phéniquées.

L'exposé de ces deux cas est suivi d'une étude générale de la question : examen des différents types de gangrène des organes génitaux

externes dus à des facteurs exogènes ou endogènes, ou qui surviennent comme complications de lésions d'autres organes.

Ces cas sont assez fréquents, mais ce qu'il est plus rare d'observer, c'est la *gangrène foudroyante*, décrite par Fournier en 1883, qui survient surtout chez l'homme, mais parfois aussi chez la femme. Elle est caractérisée par son évolution rapide en une semaine, par l'élévation thermique jusqu'à 40°, une altération grave de l'état général, pouvant entraîner la mort. Après quelques données statistiques, L. aborde l'étude étiologique : le point essentiel, c'est qu'il ne s'agit pas de cas de gangrène secondaires à des lésions antérieures ou concomitantes.

L'affection frappe les sujets brusquement et en pleine santé ; cependant, il s'agit souvent d'individus dont la résistance physique est diminuée par des altérations de l'état général et, presque toujours, les accidents surviennent peu de temps après un rapport sexuel.

La flore bactérienne de ces lésions est très variée : Fournier incriminait le streptocoque. Milian les attribue à un germe spécifique, un coccobacille anaérobie ayant les caractères d'une pasteurelle, et toujours associé au *B. cutis communis*. Mais beaucoup d'autres germes ont été trouvés aussi par d'autres auteurs.

A côté de la forme exclusivement génitale, il existe des formes diffuses où la localisation génitale est associée à des lésions gangréneuses d'autre siège. Par exemple : noma buccal et gangrène vulvaire (Masia) ; angine fuso-spirillaire et gangrène de la verge (de Massary et Boudin).

La mortalité de la gangrène foudroyante est assez élevée : 25,6 o/o chez l'homme, 35,5 o/o chez la femme.

Le traitement, durant la période aiguë de la maladie, consiste dans la sérothérapie antigangréneuse à doses massives associée aux arsénobenzols et aux pansements locaux à l'alcool, pour maintenir la gangrène sèche au début ; ensuite, après l'élimination des tissus nécrosés, les pansements à la paraffine sont indiqués.

Les conséquences lointaines peuvent être graves pour la fonction des organes génitaux : atrésie vaginale, rétractions, impuissance, déformations graves, etc.

Pour rendre ces reliquats moins graves, il est opportun de chercher à favoriser et à accélérer l'épithélisation au moyen de greffes épidermiques. BELGODERE.

Il Policlinico (Rome).

La cuti-réaction dans la syphilis. Valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique du Luotest de Brandt et Muller, par Luigi CIARROCHI. *Il Policlinico*, 39e année, 1er novembre 1932, pp. 553-591. Bibliographie.

Cet important mémoire comprend deux parties :

La première est consacrée à un historique du sujet et à une revue générale, méticuleuse, consciencieuse et certainement très complète de tous les travaux et publications dont ce sujet a été l'objet dans les diffé-

rents pays. Bornons-nous à rappeler que c'est Jadassohn, en 1906, qui attira pour la première fois l'attention sur une réaction particulière de la peau des syphilitiques auxquels il injectait un extrait de foie d'hérédo. Neisser, en 1908, confirma cette constatation désignant cette réactivité particulière par le terme de *Umstimmung*, correspondant à peu près au terme d'*allergie* qui a prévalu depuis.

Depuis la *luéto-réaction* (L. R.) a donné, entre les mains des divers chercheurs, des résultats assez contradictoires, ainsi qu'il apparaît dans la revue générale faite par C. Cela tient peut-être à ce que les conditions d'expérience n'ont pas été partout les mêmes, notamment le mode de préparation de l'extrait utilisé, depuis la luétine de Noguchi jusqu'au Luotest de Brandt et Muller (ce dernier préparé en partant de testicules de lapins, inoculés avec diverses souches de spirochètes).

Toutefois, il y a accord sur certains points : 1° innocuité de la luéto-réaction ; 2° la luéto-réaction présente son maximum d'intensité et de fréquence dans la syphilis tertiaire, latente ou héréditaire et elle est au contraire presque toujours négative dans la syphilis primaire ou secondaire ; 3° le pourcentage de positivité de la réaction de Bordet-Wassermann dépasse celui de la luéto-réaction dans la syphilis primaire et secondaire et lui est, au contraire, inférieur dans la syphilis tertiaire, latente ou héréditaire, de sorte que les deux phénomènes doivent être considérés comme indépendants l'un de l'autre ; 4° la réaction de Bordet-Wassermann devient négative plus rapidement que la luéto-réaction sous l'influence du traitement spécifique ; 5° les deux réactions se complètent mutuellement.

Par contre, les discordances s'observent surtout sur les points suivants : 1° fréquence de positivité de la luéto-réaction dans le tabès ou dans la paralysie générale ; changement de la réaction de Bordet-Wassermann négative en positive à la suite de l'injection de luétine ; 3° transformation de la luéto-réaction négative en positive par des injections successives ; 4° influence du traitement spécifique sur la luéto-réaction ; 5° influence de l'administration de KI sur la luéto-réaction ; 6° spécificité et, par suite, valeur de la luéto-réaction comme moyen de diagnostic ; 7° importance de la luéto-réaction comme moyen de pronostic et de traitement.

Dans une seconde partie de son mémoire, C. expose les résultats des recherches personnelles qu'il a effectuées au moyen du Luotest de Brandt et Muller. Les résultats qu'il a constatés ne concordent pas toujours avec ceux des précédents auteurs. Il n'a pas eu la confirmation de la prédominance de la luéto-réaction sur la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis latente ou héréditaire, ni de la négativité de la luéto-réaction dans la syphilis secondaire à manifestations tardives de caractère malin. La luéto-réaction a toujours été négative dans les cas de tabès et de paralysie générale. Dans un cas seulement, il a vu la réaction de Bordet-Wassermann négative devenir positive à la suite de la cuti-réaction et encore s'agit-il peut-être dans ce cas d'une de ces oscil-

lations accidentelles bien connues de la réaction de Bordet-Wassermann, etc. Malgré ces discordances, C. estime que l'on peut accorder à la cuti-réaction dans la syphilis une *valeur diagnostique* appréciable, qui mérite de la faire considérer comme un complément utile des réactions sérologiques ; mais il limite ces conclusions aux cas de syphilis tertiaire, latente ou héréditaire, et encore, à ceux-là seulement qui ont donné une réaction intense pour laquelle peut être exclue l'objection d'une hétéro-allergie aspécifique.

Au point de vue du *pronostic*, C. rejette l'opinion de Noguchi et de divers auteurs, d'après lesquels la négativité de la réaction de Bordet-Wassermann, de la luéto-réaction et de l'examen clinique permet de conclure à la guérison ; tandis que le Bordet-Wassermann positif associé à la luéto-réaction négative signifierait pronostic fatal. Pour C., si une valeur pronostique peut être attribuée à la luéto-réaction, il faut la chercher dans la correspondance entre la plupart des lésions tertiaires et héréditaires graves et résistantes ou rebelles aux cures spécifiques, avec réactions sérologiques toujours positives et la notable intensité et la longue persistance de la luéto-réaction ; cette hyper-réactivité serait un indice de malignité de l'infection luétique.

Au point de vue *thérapeutique*, C. estime que la vaccinothérapie de la syphilis est *pleine de promesses*. Sans doute, la chimiothérapie dispose actuellement de moyens puissants qu'il semble difficile de surpasser. Mais la chimiothérapie a ses défaillances (intolérances, résistances) dans lesquelles la vaccinothérapie pourra être d'un précieux secours. Elle pourra, du reste, être associée aux moyens chimiques et leur apporter un précieux renfort. A l'appui de cette opinion, C. cite quelques cas observés par lui qui semblent justifier cette prédiction.

BELGODERE.

Japanese Journal of Dermatology and Urology (Tokio).

Un cas de lymphangio-endothéliome cutané (Ein Fall von Lymphangioendothelioma cutis), par J. MIYAKE et I. TAKADA. *Japanese Journal of Dermatology and Urology*, vol. XXXII, nº 7, juillet 1932, p. 75.

Observation d'un cas de tumeurs multiples de la poitrine, tumeurs de volumes différents formant un placard presque quadrangulaire. Toutes ces tumeurs, d'une dureté cartilagineuse, furent mobiles sur les plans profonds. Il s'agissait d'un lymphangio-endothéliome développé aux dépens soit de l'endothélium des vaisseaux, soit des capillaires lymphatiques.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur une nouvelle crème protectrice vis-à-vis des rayons ultra violets (On a New Skin Protection Cream against Utraviolet-Rays), par R. NAKAGAWA et M. MORI. *Japanese Journal of Dermatology and Urology*, vol. XXXII, nº 7, juillet 1932, p. 77.

Les auteurs ont réussi à composer une nouvelle crème protectrice

contre les rayons ultra-violets à base de dérivés du glucose et d'esculine. Examinée au spectrographe, elle s'est montrée plus efficace que toutes les autres préparations de ce genre. OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'ichtyose due à la consanguinité des parents (Ueber die Ichtyosis infolge blutsverwandter Eltern), par M. MIYAZAKI. *Japanese Journal of Dermatology and Urology*, vol. XXXII, n° 7, juillet 1932, p. 78.

Des cas d'ichtyose due à la consanguinité des parents ont été décrits au Japon par Sakurane, Endo, Miyaki et Gono. L'auteur apporte trois nouvelles observations. Fait intéressant dans un de ces cas : la mère malade, divorcée et remariée avec un homme qui n'avait aucune parenté avec elle, accoucha d'un enfant tout à fait sain.

OLGA ELIASCHEFF.

Examens cliniques dans la syphilis latente (Klinische Untersuchungen über Lues latens), par Kinzaburo YAMAMOTO. *Japanese Journal of Dermatology and Urology*, vol. XXXI, n° 8, août 1932, p. 95.

L'auteur a examiné un grand nombre de syphilitiques à la période latente sans symptômes subjectifs et même avec des réactions sérologiques négatives et il a constaté cliniquement des lésions aortiques (34 o/o) des lésions de l'oreille interne (43 o/o) et oculaires (88 o/o). L'auteur conclut qu'il existe très peu de syphilis vraiment latentes et que la soi-disant syphilis latente est une syphilis active.

OLGA ELIASCHEFF.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

L'étude de la peau par les élevures urticariennes colorées, par LESZCZYNSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, septembre 1932, n° 3, p. 263.

A la recherche de nouveaux procédés d'exploration des fonctions de la peau, L. a étudié les injections intradermiques de bleu de trypan à 2 p. 10.000. L'élevure urticarienne colorée ainsi obtenue a un aspect et une évolution variables suivant les régions du corps. Ces réactions régionales étant établies, toutes les déviations des types normaux sont pathologiques. L. propose cette technique pour l'exploration biologique du système réticulo-endothélial. S. FERNET.

Contribution à l'étude de la pathogénie et de l'étiologie de la maladie de Schamberg, par HIRSZBERG. *Przeglad Dermatologiczny*, n° 3, septembre 1932, p. 345, 3 fig.

Maladie de Schamberg et gangrène du gros orteil chez un ancien syphilitique, âgé de 41 ans. H. admet, dans ce cas, le rôle étiologique de la syphilis et croit à une pathogénie commune des deux affections : endartérite oblitérante des vaisseaux profonds et endo-péri-vasculite des vaisseaux cutanés. S. FERNET.

Etude clinique et expérimentale des préparations liposolubles de bismuth par CHYLEWSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, n° 3, septembre 1932, p. 355.

L'étude expérimentale et clinique du Cardyl et du Bivatol confirme la supériorité thérapeutique du bismuth lipo-soluble sur les bismuths insolubles et hydro-solubles. Le Bivatol, en raison probablement de sa plus forte teneur en Bi métal, est un peu plus toxique que le Cardyl et occasionne souvent de l'albuminurie ; les injections devront donc être un peu plus espacées. S. FERNET.

Un cas d'Acanthosis nigricans, par LAGUNOWSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, n° 3, septembre 1932, p. 365.

L. décrit un cas d'*acanthosis nigricans* du type juvénile bénin chez une débile mentale, âgée de 22 ans, dysménorrhéique, ne présentant aucun signe de tumeur viscérale. S. FERNET.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Le développement d'une résistance raciale vis-à-vis de la lèpre et d'autres maladies (The evolution of racial resistance to Leprosy and other diseases), par E. H. MOLESWORTH. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 3, août 1932, p. 201.

L'auteur est d'avis que non seulement l'amélioration des conditions hygiéniques et autres dans lesquelles vivent actuellement les lépreux, est la cause de la diminution des cas de lèpre dans certains pays, mais que cette diminution est surtout due à une plus grande résistance de l'organisme, à une certaine « immunité » acquise par hérédité des parents lépreux. OLGA ELIASCHEFF.

Résistance raciale vis-à-vis de la lèpre (Racial resistance to Leprosy), par E. MUIR. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 3, août 1932, p. 224.

Réponse à la communication de M. Molesworth sur la diminution de la lèpre grâce à une résistance acquise par hérédité des parents lépreux. L'auteur ne partage pas cette opinion et il conseille d'augmenter les mesures de précaution, les traitements et la propagande contre la lèpre. OLGA ELIASCHEFF.

Les lésions oculaires syphilitiques et leur thérapeutique ; statistique de 12 années, 1917-1929 (Syphilitische Augenaffektionen und diren Therapie, 12 jährige Statistik 1917-1929), par I. P. BRATZLAWSKY, L. I. FAINGOLD et F. K. WERNKI. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 3, août 1932, p. 235.

Les auteurs apportent les résultats obtenus dans les affections oculaires syphilitiques. Ils ont obtenu les meilleurs résultats par le traitement mixte, Hg, bismuth et salvarsan. La névrite optique, ainsi que l'atrophie secondaire et primaire du nerf optique (tabétique) sont très bien influencées par le Bi et surtout par un traitement intermittent de longue durée par le Bi + Salvarsan. Un traitement non spécifique donne souvent de bons résultats dans les cas qui résistent complètement ou partiellement au traitement antisyphilitique. Pour prévenir les accidents

oculaires, les auteurs insistent sur la nécessité de la prophylaxie de la syphilis en général, sur le traitement énergique et le dépistage de la syphilis.

OLGA ELIASCHEFF.

Modifications de la teneur en Ca dans le sérum des syphilitiques (Veränderungen des Ca Niveaus im Blutserum bei Syphilis), par D. POSTOWSKY. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 3, août 1932.

Il ressort des observations de l'auteur que la teneur du sérum en Ca est soumise à des variations dans la syphilis tertiaire en activité, dans la syphilis viscérale nerveuse et dans la paralysie progressive. La teneur en Ca est surtout augmentée dans la syphilis tertiaire tardive non traitée, dans la syphilis viscérale et dans la paralysie générale. On observe souvent en même temps une diminution de la teneur en sucre, mais ces modifications ne suivent pas toujours une marche parallèle. Une teneur très diminuée en Ca est souvent combinée avec une hyperglycémie et un diabète rénal, lésions graves pour le pronostic. On trouve dans la syphilis traitée et aussi spécialement dans la syphilis asymptomatique une quantité normale de Ca dans le sérum sanguin, quantité qui varie entre 8,5 et 12 milligrammes.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur le traitement de la plaque de pelade, par Henri REISS. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 3, août 1932, p. 262.

L'auteur a soigné 19 sujets atteints de pelade par des injections locales de lait. Il a obtenu de bons résultats déjà au bout de quelques jours et une amélioration au bout de 2 semaines de traitement. En se basant sur ces résultats, l'auteur admet que la protéino-thérapie locale peut être utilisée dans les différentes dermatoses et en particulier dans la pelade.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur un cas d'angio-lupoïde Brocq-Pautrier (Ueber einen Fall von Angiolupoid Brocq-Pautrier), par Karl ULLMANN. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 3, août 1932, p. 268, 6 fig.

Observation d'un cas d'affection cutanée se présentant sous l'aspect d'un nævus vasculaire occupant la joue droite chez un homme de 27 ans. Cette lésion n'apparut qu'à l'âge de 27 ans et dura plusieurs mois. L'histologie montra la structure typique d'une sarcoïde de Bœck ou d'une angiolupoïde. On ne trouva pas de bacilles de Koch. Le traitement par les sels d'or amena une rapide guérison. L'auteur discute les différences cliniques et histologiques entre l'angiolupoïde et les sarcoïdes de Bœck, il n'identifie pas ces deux affections.

OLGA ELIASCHEFF.

La métalloprévention de la syphilis par les bismuths liposolubles, par C. LEVADITI, G. ROUSSEL, A. VAISMAN, Mlles Y. MANIN et R. SCHOEN. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 4, octobre 1932, p. 303, 9 fig.

Travail expérimental sur la métallo-prévention de la syphilis par les bismuths lipo-solubles ; il ressort de ce travail que le α-carbozéthyl-β-méthyl-nonoate basique de Bi, incorporé à la métacholestérine et à la

myricine et administré au lapin à la dose parfaitement tolérée de o gr. o3 de Bi par kilogramme, réalise un état réfractaire antisyphilitique profond et durable. Les auteurs concluent que la durée de la prévention antisyphilitique réalisée par les dérivés bismuthiques liposolubles, est en fonction du potentiel métallique rénal, expression numérique de la réserve en Bi-éléments des tissus, au moment de l'infection d'épreuve. Certains excipients servant de support au bismuth lipo-soluble, peuvent jouer un rôle important. Modifiant le rythme de la résorption et de l'élimination du métal, ils prolongent la durée de l'état réfractaire, augmentant ainsi l'efficacité préventive et thérapeutique du bismuth dans la syphilis. OLGA ELIASCHEFF.

De la gonorrhée génitale acquise par les nouveau-nés au moment de l'accouchement, par Artur F. VILÉN. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 4, octobre 1932, p. 315.

L'auteur apporte l'observation de 6 cas de blennorragie génitale chez des nouveau-nés (filles), cas recueillis pendant 10 ans à la clinique du professeur Almkvist. L'infection fut contractée pendant l'accouchement. Il conclut que la blennorragie génitale des nouveau-nés du sexe féminin n'est probablement pas aussi rare qu'on le croyait autrefois ; elle n'est généralement constatée qu'au bout de 2 à 3 semaines, mais il est probable qu'elle peut évoluer pendant un temps prolongé sans éveiller l'attention. Comme la maladie exige souvent un long traitement et que des complications peuvent survenir, il serait désirable de recourir, aussitôt après l'accouchement, à des mesures prophylactiques analogues à celles que l'on prend pour les yeux, au moins toutes les fois que la mère est atteinte de blennorragie ou déclare avoir eu cette maladie. OLGA ELIASCHEFF.

Une forme nouvelle de télangiectasies angiomateuses, atrophiques, cicatricielles, par L. M. PAUTRIER. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 4, octobre 1932, p. 347, 4 fig.

L'auteur apporte l'observation d'une malade atteinte dès l'âge de 14 ans de lésions vasculaires intermédiaires entre les télangiectasies et les angiomes, plus près cependant des télangiectasies et aboutissant spontanément soit à un stade atrophique, soit à une véritable cicatrice rappelant singulièrement d'anétodermie de Jadassohn et pour lesquelles il propose la dénomination de : « Télangiectasies angiomateuses atrophiques cicatricielles ». Ce type de lésions n'a pas encore été décrit. Elle se présentent sous forme de taches, arrondies, ovalaires ou irrégulières distribuées au visage, au cou, sur la partie supérieure du tronc, sur les membres supérieurs. P. discute le diagnostic différentiel avec les angiomes multiples progressifs, les télangiectasies essentielles en plaques acquises de Brocq et l'angiomatose hémorragique héréditaire et familiale d'Osler. Il conclut qu'il se croit autorisé à considérer cette maladie comme un type clinique dont on ne connaît pas encore l'équivalent.

OLGA ELIASCHEFF.

Granulome vénérien (Granuloma venereum), par Per. L. Rotnes. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 4, octobre 1932, p. 559, 2 fig.

Observation d'un cas de granulome vénérien chez une femme de 50 ans. La malade n'a jamais quitté son pays d'origine (Oslo). Présence dans la lésion de corpuscules de Donovan. La malade fut complètement guérie par des injections intraveineuses de tartre stibié. Discussion sur le mode d'infection. Olga Eliascheff.

Essais thérapeutiques de la paralysie générale et du tabès par le virus anti-rabique Pasteur, par L. Tommasi (Palerme). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 4, octobre 1932, p. 366.

Essais de traitement de la paralysie générale et du tabès par des méthodes qui ne donnent pas de fièvre. L'auteur a cherché à obtenir une action locale réactivo-immunisante et il s'est adressé dans ce but au virus-vaccin (antirabique) Pasteur. C'est un virus vivant, atténué neurotrope, qui provoque certainement une immunité locale du système nerveux, ne donne pas de fièvre et est très bien toléré par les malades. Parmi 10 cas de paralysie générale traités, 5 ont eu une rémission très nette, 5 une amélioration peu marquée et de courte durée. L'auteur conclut que, vu le petit nombre de cas traités, on ne peut pas encore parler du rôle pratique de cette thérapeutique, on peut seulement dire que dans la paralysie générale et le tabès, le virus Pasteur a une action favorable et certaine tout en étant absolument dénué de danger.

Olga Eliascheff.

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

La capillaroscopie en dermatologie, par M. O. Derbandiker. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nº 4, avril 1932, pp. 13-19, avec 8 microphotographies.

Après quelques données bibliographiques, l'auteur rapporte les résultats de ses recherches personnelles chez divers malades cutanés, dans le but d'établir si la capillaroscopie peut aider à poser le diagnostic clinique. L'étude du réseau capillaire a été faite au moyen du capillaroscope de Richert, mais modifié par l'auteur de manière à pouvoir examiner non seulement les vaisseaux du doigt, mais de n'importe quelle région cutanée. Voici quelques images capillaroscopiques :

Dans le lupus érythémateux, on trouve un grand nombre de follicules dilatés disposés d'une façon concentrique, de couleur gris clair, brun jaunâtre ou noire. Dans les cas récents, on voit des vaisseaux papillaires et sous-papillaires dilatés. Dans les cas chroniques, les capillaires papillaires sont pauvres et les capillaires sous-papillaires très prononcés, sous forme de lignes.

Dans le lupus vulgaire, les capillaires se montrent sous forme de branches épaisses, dilatées, disposées au même niveau et appartenant au réseau sous-papillaire. Autour du nodule lupique, ces vaisseaux forment une ramification nette et un lacis réticulaire.

L'acné rosacée montre une image analogue au lupus érythémateux. L'acné vulgaire et pustuleuse, la varicelle, présentent une disposition en forme de rayon des capillaires, sous forme de lignes courbes et d'anses autour du foyer enflammé. Dans la syphilis tertiaire serpigineuse les capillaires papillaires et sous-papillaires sont dilatés ; les vaisseaux sous-papillaires ont une disposition réticulaire. Les anses papillaires sont polymorphes et irrégulières, sur un fond rose-rouge.

Le psoriasis vulgaire montre un tableau où prédominent des points, des virgules, des étoiles, etc., comme un ciel étoilé. Les capillaires vont dans la direction des sillons nets formant des régions rhomboïdes libres de vaisseaux. Tout le fond est rouge.

Dans l'eczéma séborrhéique sec, le fond est rouge jaunâtre. Les capillaires papillaires se montrent sous l'aspect de spirochètes et de points d'interrogation, longs ou courts. Les capillaires sont ramifiés ou réticulaires. Le réseau sous-papillaire est fort varié.

Le *lichen ruber* plan se caractérise par des anses fines comme des aiguilles, à disposition radiale. Le nodule est jaune brunâtre ou rougeâtre et privé de vaisseaux. Autour de ce centre, on trouve un anneau jaune-rouge où se voient des vaisseaux à disposition circulaire ou en forme de rayon. Les vaisseaux sous-papillaires sont disposés sous forme réticulaire. Le fond général est rougeâtre.

Dans l'acrodermatite atrophique, présence de capillaires sous-papillaires dilatés et de forme bizarre. Les capillaires papillaires sont en anses et lignes courbes. Tout le fond est rouge jaunâtre.

Le *molluscum contagiosum* montre au centre des masses jaunâtres rondes ou ovales, aplaties par pression réciproque. Autour de ces masses, les vaisseaux sous-papillaires sont très dilatés et ramifiés.

Se basant sur ses recherches et les données bibliographiques, l'auteur conclut que la méthode de la capillaroscopie ne peut servir de moyen sûr de diagnostic. Il faut toutefois l'approfondir et la populariser en dermatologie. BERMANN.

Les résultats de l'étude comparative des radiographies après l'emploi intramusculaire des différentes préparations bismuthiques, par N. S. SMÉLOFF et L. A. FELDMANN. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nº 4, avril 1932, pp. 20-28, avec 3 tableaux.

Les auteurs continuent leurs recherches sur les dépôts formés par diverses préparations bismuthiques. Les rayons X leur ont déjà fourni des résultats précieux permettant de juger la qualité des médicaments variés à base de bismuth.

Dans le présent travail, les auteurs ont décidé de contrôler la résorption des préparations bismuthiques russes contenant 10, 20 et 30 o/o de bismuth (Bijochinol, Bismuthogrei et Bismovérol). Dans ce but, ils pratiquaient des radiographies des deux fesses dans les délais de 10-30 jours à 2 ans 1/2 après la cure spécifique.

Les 84 malades étudiés ont fourni 250 radiographies. Plus il y a de

Bismuth-métal dans le produit, plus l'ombre est foncée sur l'image rœntgénologique.

Le Bijochinol (Quinby russe) fournit, le plus souvent, à la radiographie, des taches arrondies et blanches de grandeur variée et disposées en amas. En outre, il donne aussi des bandes blanches et obliques.

Le Bismovérol donne très rarement des images et encore sont-elles peu claires, en flocons, mais aussi sous forme de bandes et de taches.

Le Bismuthogrei ne fournit presque pas d'images aux rayons X, tellement elles sont floues et grisâtres.

Quant à la résorption des produits, les auteurs notent que sur 36 malades traités par le Bijochinol à 20 o/o, 6 seulement, radiographiés 2 à 25 mois après la cure, n'ont pas présenté de dépôts médicamenteux. Tous les autres malades ont montré des dépôts bismuthiques à des dates variées après la fin du traitement. Sur 4 malades traités par le Bijochinol à 30 o/o, les dépôts ont été constatés chez 2 malades à des dates allant de 8 à 13 mois après la cure. Parmi 8 malades soignés par le Bijochinol à 10 o/o, la résorption s'est faite chez 4 dans les délais de 2 à 18 mois. Le produit à 10 o/o se résorbe donc plus rapidement qu'à 20 ou 30 o/o.

Parmi les 17 malades traités au Bismovérol, la résorption a été observée dans 8 cas, dans des délais de 2 à 9 mois.

C'est le Bismuthogrei qui se résorbe le plus rapidement. Sur 18 malades, 11 n'ont rien présenté à la radiographie, aux périodes allant de 10 jours à 13 mois après la fin du traitement.

Les produits russes se résorbent donc aussi vite que ceux venant de l'étranger. C'est la conclusion à laquelle arrivent les auteurs.

BERMANN.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



LA NÉVRITE OPTIQUE DE L'ARSENIC PENTAVALENT

Par MM. A. SÉZARY et P. DE FONT-RÉAULX

Parmi les accidents consécutifs à l'intoxication arsenicale, les troubles de la vision comptent parmi les plus graves. Non seulement ils peuvent survenir chez des sujets présentant tous les signes d'un empoisonnement, mais encore, le plus souvent, ils s'observent isolément chez des malades soumis à certaines thérapeutiques arsenicales qui, par ailleurs, sont parfaitement tolérées. Le médecin averti de cette redoutable complication hésite à prescrire les composés qui la provoquent. Arrêté par cette crainte, il se prive d'une arme thérapeutique dont l'activité est indiscutable et à laquelle on ne peut parfois, comme dans la trypanosomiase et certains cas de neuro-syphilis parenchymateuse, substituer aucune autre.

La question de la névrite optique arsenicale intéressant au premier chef les syphiligraphes, nous avons jugé bon d'exposer dans ces *Annales* le résultat des recherches que nous avons poursuivies à son sujet (1).

Nous avions pensé qu'en étudiant les particularités cliniques de cette névrite, ses conditions étiologiques et sa pathogénie non seulement dans la syphilis, mais encore dans la trypanosomiase où elle a été le plus observée, nous ferions œuvre utile pour tous les médecins qui emploient dans leur thérapeutique les dérivés de l'acide arsinique. Nos prévisions ont été réalisées. Le dépouillement, souvent laborieux, des nombreuses observations qui ont été publiées, les recherches que nous avons faites dans des cas personnels, nous

(1) Nos principales conclusions ont été exposées à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1932, *Bulletin* n° 32, p. 1610).

ont permis de montrer la diversité de la symptomatologie selon le dérivé arsenical en cause, de préciser les conditions étiologiques, de discuter la pathogénie et de fixer les principes de la prophylaxie.

LES DIVERS COMPOSÉS ARSENICAUX ET LEUR NOCIVITÉ POUR LE NERF OPTIQUE

Il y a 30 ans à peine, les observations de névrite optique arsenicale étaient très rares : c'est qu'on n'employait alors que des composés arsenicaux minéraux. Les troubles visuels sont devenus plus fréquents depuis qu'on utilise dans la thérapeutique les dérivés de l'arsenic pentavalent particulièrement nocifs pour le nerf optique.

Il importe, dès le début de ce travail, de faire une discrimination radicale entre les arsenicaux trivalents et pentavalents. A ce propos, nous ne croyons pas inutile de rappeler d'abord quelques notions chimiques.

Les ARSENICAUX PENTAVALENTS sont des dérivés de l'acide arsinique $O = As \equiv (OH)^3$. Mis à part l'*arrhénal* et le *cacodylate* (méthyl et diméthyl arsinate de sodium), tous les arsenicaux pentavalents utilisés aujourd'hui en thérapeutique sont des dérivés de l'acide phénylarsinique : $O = As \begin{cases} C^6H^5 \\ (OH)^2 \end{cases}$. Ils ne diffèrent entre eux que par les fonctions fixées au radical phényl.

Ainsi, en remplaçant un atome d'hydrogène en position para par un groupement NH^2, on obtient un nouvel acide arsinique dont le sel de sodium est l'*atoxyl :*

$$O = As \begin{cases} C^6H^4 - NH^2 \\ OH \\ ONa \end{cases} \qquad \text{(teneur en arsenic : 24 o/o).}$$

On peut envisager, dans le groupement NH^2 lui-même, l'intervention d'autres groupements. On obtient ainsi l'*arsacétine :*

$$O = As \begin{cases} C^6H^4 - NH - CO - CH^3 \\ OH \\ ONa \end{cases} \qquad \text{(teneur en arsenic : 21 o/o),}$$

l'*hectine :*

$$O = As \begin{cases} C^6H^4 - NH - SO^2 - C^6H^5 \\ OH \\ ONa \end{cases} \qquad \text{(teneur en arsenic : 17,6 o/o),}$$

la *tryparsamide :*

$$O = As \begin{cases} C^6H^4 - NH - CH^2 - CO - NH^2 \\ OH \\ ONa \end{cases}$$

(teneur en arsenic : 25 o/o),

Et si dans la formule de l'acide phénylarsinique on substitue des fonctions différentes non plus à un seul, mais à plusieurs atomes d'hydrogène, on obtient d'autres dérivés tels que le *stovarsol :*

$$O = As \begin{cases} C^6H^3 \begin{cases} OH \\ NH - CO - CH^3 \end{cases} \\ OH \\ OH \end{cases}$$

et son sel de soude (19,5 o/o d'arsenic) ; son isomère l'*orsanine* ou 270 Fourneau, et des composés analogues et de formule très voisine : l'*acétylarsan* (20 o/o d'arsenic), qui est le sel de diéthylène diamine du stovarsol, l'*arsaminol* (19 o/o d'arsenic), qui est un dérivé du stovarsol (par combinaison avec le diéthylaminoéthanol).

Tout différents sont les COMPOSÉS ARSENICAUX TRIVALENTS utilisés en thérapeutique. Ils sont caractérisés par la fixation de deux radicaux aromatiques sur la fonction arséno, suivant la formule $R_1 - As = As - R_2$. L'arsénobenzène $C^6H^5 - As = As - C^6H^5$, qui est le premier produit de la série, lui donne son nom. Ses nombreux dérivés sont très connus de tous : le novarsénobenzol, qui porte des dénominations différentes selon les pays et selon les fabricants, le sulfarsénol, l'éparséno, etc. Contrairement à ceux de l'acide arsinique, ils ne sont pas particulièrement toxiques pour le nerf optique.

Étudions maintenant la nocivité des divers composés arsenicaux à l'égard du nerf optique.

Composés arsenicaux minéraux. — Sur un total de 100.000 malades atteints de névrite optique, Uhthoff, en 1900, ne trouva qu'un seul cas imputable à l'arsenic. C'est dire la rareté de cet accident à une époque où l'on n'utilisait que les composés arsenicaux minéraux.

Cependant, avant Uhthoff, Demours en 1818, Stachow en 1833, avaient signalé des troubles visuels chez deux malades qui avaient tenté de s'empoisonner avec de l'arsenic. En 1889, dans la mémorable intoxication d'Hyères due à des vins arséniés, des troubles oculaires avaient été constatés : Dubrandy avait rapporté trois cas d'affaiblissement de la vision qu'il attribuait à la congestion rétinienne, et non à la névrite optique ; Marquez avait vu survenir une

amaurose progressive trois mois après le début de l'empoisonnement et, chez un autre malade, de l'amaurose par œdème rétinien. Les observations de Dana, Derby, Meisowitz, Brouardel, Lancereaux, Widmark, où des troubles oculaires surviennent à la suite d'une intoxication arsenicale volontaire ou accidentelle, concernent des cas isolés et peu étudiés.

Sulzer, en 1910, rappelle les six observations connues de névrite toxique consécutive à l'ingestion d'arséniate de soude ou de potasse. Les malades avaient un scotome central avec intégrité du champ visuel périphérique. A l'ophtalmoscope, il existait un simple flou des contours de la papille, sans décoloration.

Les lésions oculaires dans l'intoxication par l'arsenic minéral se traduisent généralement, d'après Birch-Hirschfeld et Koster, par un scotome central avec, à l'ophtalmoscope, hémorragies et œdème de la rétine. L'évolution en serait favorable.

On ne mentionne pas spécialement de troubles oculaires chez les arsenicophages de Styrie et du Tyrol, qui arrivent pourtant à ingérer progressivement des doses considérables d'arsenic. Fait intéressant à retenir, car il montre que le nerf optique peut s'accoutumer à des doses énormes de ce toxique. Lors de la célèbre intoxication de Londres et de Liverpool en 1900, due à une bière contenant de l'arsenic et qui frappa plusieurs milliers d'individus, on ne signala pas un seul cas d'altération du nerf optique.

Au total, la névrite optique provoquée par les composés minéraux de l'arsenic est rarissime.

Composés arsenicaux organiques. — Les premiers composés arsenicaux organiques introduits dans la thérapeutique, l'*arrhénal*, le *cacodylate*, n'ont jamais provoqué de troubles visuels, bien qu'ils aient été parfois employés à des doses considérables (6 grammes de cacodylate de soude en injections intraveineuses).

Mais dès l'emploi de l'*atoxyl* (ou *trypoxyl*), découvert par Béchamp en 1863, préconisé par Kopke dans la maladie du sommeil à partir de 1905 et expérimenté dans la syphilis, on voit survenir des accidents oculaires d'une forme nouvelle. Les communications de R. Koch et d'Ayres Kopke montrent aussitôt la fréquence et la gravité des lésions. Il s'agit en effet d'une cécité à développement rapide, bilatérale, définitive.

Dès lors, les observations se multiplient, à tel point qu'on est

contraint d'abandonner l'atoxyl dans le traitement de la syphilis. Mais on le conserve, faute d'autre moyen thérapeutique, dans la maladie du sommeil.

On essaie alors des composés arsenicaux voisins de l'atoxyl : la *soamine*, composé de même formule que l'atoxyl, mais plus pur (Clarke), l'*orsudan* (3-méthyl- 4-acétylaminophénylarsinate de soude), l'*arsacétine* (atoxyl acétylé). Ils se montrent au moins aussi dangereux. Seule, l'*hectine* de Mouneyrat, préconisée par Balzer en 1909, semble beaucoup moins toxique pour le nerf optique.

Jusqu'ici on n'avait employé que des dérivés de l'arsenic *pentavalent*. En 1910, Ehrlich étudie les composés de l'arsenic *trivalent*, qu'il prépare d'ailleurs en partant de l'arsenic pentavalent, et il démontre d'une façon irréfutable leur supériorité dans le traitement de la syphilis. Ces composés sont les *arsénobenzènes*.

Dès leur apparition, des discussions s'élèvent sur leur nocivité pour le nerf optique. De nombreux travaux ont paru sur ce sujet. Certains auteurs attribuaient à une névrite arsenicale les rares troubles visuels qu'ils avaient notés chez leurs malades. Mais l'opinion qui a prévalu et qui a été défendue par de Lapersonne et Léri, par Coutela, est qu'il s'agit de neuro-réactions syphilitiques, c'est-à-dire de névrites syphilitiques latentes réactivées par des doses insuffisantes du médicament.

Pour notre part, nous n'hésitons pas à traiter par l'arsenic trivalent les névrites œdémateuses de la syphilis secondaire. Tout récemment encore, l'un de nous, avec le 914 employé à doses normales (jusqu'à 90 cgr. par injection et 7 gr. par série) a obtenu une guérison complète dans un cas où l'infection tréponémique récente avait provoqué une amblyopie grave et progressive.

Ainsi donc, *le contraste apparaît, frappant, entre l'arsenic pentavalent (dérivés de l'acide arsinique) d'une part et l'arsenic trivalent (arsénobenzènes) d'autre part, ce dernier étant pratiquement inoffensif pour le nerf optique aux doses auxquelles on l'utilise en clinique.*

L'usage de nouveaux composés arsenicaux pentavalents, redevenus en honneur à la suite des travaux de Fourneau et de ses collaborateurs à l'Institut Pasteur de Paris et de ceux de l'Institut Rockefeller aux Etats-Unis (*tryparsamide, stovarsol, acétylarsan, 270 Fourneau ou orsanine, arsaminol*, etc.), n'a fait que confir-

mer cette règle générale, dont désormais le médecin doit tenir le plus grand compte.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous devons distinguer les troubles subjectifs, les troubles fonctionnels et les signes objectifs.

Les *troubles subjectifs* comprennent les symptômes accusés par les malades. Les *troubles fonctionnels* sont les modifications de la vision qu'un examen permet de reconnaître. Les *signes objectifs* sont ceux que montre l'exploration physique, en particulier l'ophtalmoscopie.

Les troubles subjectifs et fonctionnels diffèrent selon le dérivé de l'arsenic pentavalent qui les provoque. Nous sommes donc obligés d'en décrire plusieurs types.

1° **Troubles oculaires produits par l'atoxyl.** — Ce sont les premiers qui aient été connus. Leur fréquence relative et leur gravité les rendent redoutables. Nous avons pu en relever 276 observations avec 121 cas de cécité complète.

Il s'agit le plus souvent d'un sujet atteint de maladie du sommeil et parvenu déjà à une période avancée de l'infection, comme le prouve l'examen de son liquide céphalo-rachidien (leucocytose, hyperalbuminose, présence de trypanosomes).

C'est en général pendant le traitement même que les accidents oculaires surviennent, parfois dès la première série d'injections, de préférence vers la fin d'une série. Plus rarement, c'est quelques jours après la fin d'une série; le délai de deux semaines, signalé par Lefrou, est tout à fait exceptionnel.

L'installation des troubles est rapide. Les deux yeux sont atteints parallèlement. En quelques jours la vue baisse considérablement et le champ visuel se rétrécit. Au bout d'une ou deux semaines en moyenne, le malade devient complètement aveugle ou ne conserve plus qu'un léger degré de perception lumineuse. D'après les 276 observations que nous avons colligées, cette évolution grave survient dans une proportion de 43,8 o/o des cas.

Au début, l'examen ophtalmologique ne montre rien d'anormal. C'est seulement au bout de quelques semaines que l'on constate les

signes d'une atrophie optique (décoloration papillaire, léger rétrécissement des vaisseaux).

Cette cécité est généralement définitive. Il est rare qu'on observe une amélioration partielle.

Cette description s'applique également aux troubles visuels provoqués par des composés arsenicaux voisins de l'atoxyl, qu'il s'agisse de *soamine* (Hodges, Lane, Clarke), d'*orsudan* (Hodges, Clarke) ou d'*arsacétine* (Eckard, Ruete, Lehmann, Oppenheim, Iversen, Hammes, Sattler, etc.).

Dans un cas de Constantins, tellement atypique que son étiologie paraît discutable, un scotome central absolu unilatéral se produisit après 8 injections quotidiennes d'atoxyl (2 gr. 25 en tout).

2° **Troubles oculaires dus à la tryparsamide.** — La symptomatologie de la névrite optique due à la tryparsamide diffère de la précédente.

Notons tout d'abord la gravité moindre des accidents. Sur les 444 cas que nous avons relevés au total, 47, soit 10,6 o/o ont entraîné la perte complète et définitive de la vue, au lieu du pourcentage de 43,8 o/o pour l'atoxyl.

La *date d'apparition* des troubles oculaires est variable. Elle dépend d'abord de l'infection causale. On remarque, en effet, que ces troubles sont précoces dans la syphilis nerveuse. Au contraire, dans la maladie du sommeil, ils sont tardifs et surviennent de préférence après un traitement longtemps prolongé.

Envisageons d'abord la *neuro-syphilis*. La statistique de Woods et Moore, fort suggestive à cet égard, montre que sur 35 accidents oculaires consécutifs au traitement par la tryparsamide, 28, soit 80 o/o, ont débuté avant la sixième injection, et 33, soit 94 o/o, avant la onzième. Sur les 13 cas de troubles visuels rapportés par Lillie, 9, soit 69 o/o, se produisirent avant la onzième injection. Wile et Wieder, dans 6 cas, notèrent l'apparition des troubles oculaires, une fois après deux injections, trois fois après trois injections, une fois après six injections, une fois seulement après la douzième injection ; mais dans ce dernier cas, il n'y eut pas de trouble subjectif, on constata seulement au campimètre un rétrécissement léger du champ visuel, et il n'est pas sûr qu'un examen plus précoce n'eût pas révélé cette anomalie.

Les auteurs américains, Lorenz, Lœvenhart, Reitz et Eck, Stokes pensent donc que si le malade supporte les dix premières injections de tryparsamide sans trouble visuel, il peut être considéré comme dorénavant à l'abri des complications oculaires ; il y a alors toutes chances pour que l'on puisse prolonger sans dommage la thérapeutique arsenicale.

Dans la *trypanosomiase* au contraire, les troubles visuels sont tardifs ; ils surviennent après que le malade a reçu une dose totale élevée de tryparsamide. Walravens signale trois cas apparus après 15 ou 16 injections. Ledentu et Vaucel notent que l'amblyopie est surtout fréquente au cours de la deuxième série du traitement.

Les troubles oculaires dus à la tryparsamide ont été remarquablement étudiés par Woods et Moore. Ces auteurs décrivent successivement les troubles subjectifs et les troubles fonctionnels. Nous les suivrons dans cette description.

Les *troubles subjectifs* surviennent 6 à 20 heures après une injection de tryparsamide. Ce sont avant tout des troubles photopsiques. Les malades voient des points brillants ou sombres, parfois même des éclairs. Souvent, quand ils sont exposés à une lumière vive, ils perçoivent une lueur analogue à celle qu'un sujet normal continue à voir les yeux fermés lorsqu'il a fixé le soleil. Parfois, au contraire, c'est la nuit qu'ils aperçoivent des boules blanches lumineuses qui se pulvérisent comme neige (Léger). Certains ont l'impression que des rideaux plissés flottent devant leurs yeux ; d'autres, que l'air est animé d'un tremblement.

Ces divers troubles subjectifs, variables suivant les malades, persistent pendant 1 à 15 jours. Ils peuvent n'être accompagnés d'aucun trouble de l'acuité ni du champ visuel, d'aucun signe objectif. C'est exceptionnellement que l'on a noté à ce stade des anomalies, toujours très minimes, du fond d'œil. Woods et Moore ont observé dans quelques cas un très léger degré d'hypérémie rétinienne, sans aucun flou du bord papillaire. Cette hypérémie était transitoire et disparaissait souvent dans les 20 heures. De même, chez des noirs trypanosomés se plaignant de « brouillard devant les yeux » au cours du traitement par la tryparsamide, Sicé nous a dit avoir assez souvent remarqué un léger degré d'œdème de la papille qui prenait un aspect flou, voilé ; il n'y avait pas d'altération

vasculaire notable et les bords de la papille restaient nets. Ces lésions ophtalmoscopiques discrètes rétrocèdent rapidement dès qu'on arrête les injections.

Les *troubles fonctionnels* apparaissent environ 15 heures après l'injection. Ils coexistent ordinairement avec les troubles subjectifs signalés plus haut, sans que ceux-ci revêtent nécessairement une intensité plus grande. Les malades se plaignent de troubles plus ou moins bien définis qu'un examen systématique permet seul de préciser.

L'acuité visuelle est souvent diminuée, mais légèrement.

L'examen du champ visuel révèle un rétrécissement affectant particulièrement les champs supérieur, inférieur et nasal. Le champ temporal est soit respecté, soit atteint en dernier lieu. On n'observe jamais de scotome.

L'*examen objectif* est négatif. Le fond d'œil est normal.

En général, l'*évolution* des troubles visuels produits par la tryparsamide est assez favorable. Les troubles subjectifs et les troubles fonctionnels légers rétrocèdent facilement si l'on cesse la médication.

Fait intéressant à noter : certains auteurs n'ont pas hésité à continuer le traitement malgré l'apparition des troubles oculaires et ont vu néanmoins ces derniers s'amender. D'autres, après une interruption momentanée du traitement arsenical pour laisser aux troubles visuels le temps de disparaître, ont pu reprendre les injections sans nouvel incident. C'est ainsi que Woods et Moore, en présence de troubles *purement subjectifs*, non seulement continuent les injections, mais encore donnent une dose supérieure si l'état du malade le nécessite. Par contre, ils suppriment immédiatement et définitivement le médicament s'il y a le moindre trouble *fonctionnel*. Lorenz, Lœvenhart, Reitz et Eck, dans 13 cas d'amblyopie ou d'amaurose, dont 4 cependant sévères, cessèrent le traitement pendant 2 à 4 semaines et virent disparaître tous les troubles ; ils le recommencèrent alors sans accident nouveau. Cady et Alvis, ainsi que beaucoup d'auteurs, suspendent le traitement dès l'apparition des troubles visuels et le reprennent plus tard à doses plus faibles.

Cependant, beaucoup d'auteurs considèrent comme un avertisse-

ment grave l'apparition d'un trouble visuel quelconque et cessent définitivement le traitement par la tryparsamide.

Nous venons de voir que, dans la majorité des cas, les troubles visuels sont passagers.

Dans les formes les plus graves, ils ne s'améliorent que lentement ou restent stationnaires, le malade gardant comme séquelle un rétrécissement du champ visuel, une diminution de l'acuité. Il est rare que les lésions entraînent la perte complète de la vision. Il se produit alors une atrophie optique totale ou partielle, complète ou incomplète, se révélant plus tard à l'examen ophtalmoscopique par une décoloration papillaire.

En somme, la tryparsamide provoque peut-être autant d'accidents oculaires que l'atoxyl. Mais il s'agit le plus souvent de troubles subjectifs, plus rarement de troubles fonctionnels. Ils s'installent moins brutalement, se montrent en général plus bénins, rétrocèdent enfin dans la majorité des cas après cessation du traitement, ce qui ne se produit pas avec l'atoxyl. Ces constatations sont d'autant plus remarquables que la quantité d'arsenic injectée sous forme de tryparsamide est en général, comme nous le verrons plus loin, nettement supérieure à celle injectée sous forme d'atoxyl.

3° **Troubles oculaires produits par d'autres dérivés.** — Plusieurs autres dérivés de l'arsenic pentavalent sont capables de provoquer des accidents oculaires.

L'**hectine** elle-même a déterminé des troubles visuels, il est vrai rares et ordinairement sans gravité ; ils sont souvent associés à des troubles auditifs. Ils apparaissent généralement au cours de la première série d'injections et peuvent s'aggraver au cours d'une deuxième série. Deux malades de Hallopeau et François-Dainville, de Balzer et Morax, furent atteints d'une amblyopie transitoire. Un malade de Brocq présenta, par deux fois, à la suite d'injections d'hectargyre, des troubles oculaires très nets qui cessèrent avec la suppression du médicament. Lefort cite aussi dans sa thèse une observation de Trolli, où le malade éprouvait une fatigue visuelle avec sensation de brouillard après chaque série d'injections d'hectargyre ; mais il a omis de rechercher si cette fatigue n'était pas due à un trouble de l'accommodation. Les deux seuls cas de cécité provo-

qués par l'hectine sont survenus, nous y reviendrons, chez des individus prédisposés (G. Ballet, Hirschmann et Valude).

L'acétylarsan est trop généralement considéré comme inoffensif pour le nerf optique (R. Martin, Ossipoff, Levannier, etc.). Nous étudierons plus loin son action pathogène. Nous rappellerons seulement ici la symptomatologie des troubles visuels qui ont été publiés.

Terrien a observé un cas d'amaurose transitoire. Il s'agit d'une femme de 35 ans, de constitution délicate, atteinte de psoriasis généralisé. Six jours après la dernière piqûre d'une série de 6 injections de 2 centimètres cubes d'acétylarsan faite en 15 jours, une baisse rapide de l'acuité visuelle se produisit. En quelques jours la simple perception lumineuse disparut elle-même, les réflexes lumineux furent presque complètement abolis. Le fond d'œil était normal. Sur le conseil de Ravaut, on fit une série d'injections intraveineuses d'hyposulfite de soude. Un mois plus tard, la vue était très améliorée.

Velter et Mlle Ostwald ont vu se développer rapidement une atrophie optique chez un homme de 76 ans atteint depuis deux ans de choroïdite maculaire avec baisse progressive de la vue. Ayant reçu 11 injections d'acétylarsan, il fit une crise de délire toxique, une poussée azotémique (0 gr. 60 et 0 gr. 75 d'urée sanguine) et des hémorragies maculaires. Un mois plus tard, malgré une amélioration de l'état général et un retour à la normale de l'urée sanguine, la vue baissa rapidement en même temps que les papilles devinrent de plus en plus blanches.

Toulant a rapporté un cas de névrite optique chez un homme de 45 ans à qui l'on fit 3 injections à doses croissantes (7 centimètres cubes en tout) d'acétylarsan en six jours, pour une pyorrhée alvéolo-dentaire. Le lendemain de la troisième injection, le malade perdit complètement la vision et l'audition. Huit jours plus tard, l'audition était redevenue normale, mais l'acuité visuelle restait nulle. L'urée sanguine était à 0 gr. 60. Dans les mois suivants, la vision remonta progressivement à 2/10e et à 5/10e, mais le champ visuel était réduit à 5 ou 10 degrés. L'examen du fond de l'œil montra une atrophie blanche, complète, des deux papilles. Le malade mourut d'urémie une quinzaine de mois plus tard.

Un cas très semblable de cécité a été observé par Louste et Griffiths. Il s'agit d'une femme de 57 ans, atteinte de néphrite à prédominance azotémique, sans hypertension, présumée syphilitique et présentant de plus un signe d'Argyll-Robertson et des vestiges d'une iritis ancienne de l'œil gauche. Les trois premières injections d'acétylarsan, faites à cinq, puis deux jours d'intervalle, déclenchèrent de la fièvre et une éruption généralisée morbilliforme. A la quatrième injection faite un mois et demi plus tard, on vit survenir des crises convulsives subintrantes avec température à 40°, et le lendemain une cécité complète, bilatérale, définitive. Les pupilles étaient en myosis extrême, le fond d'œil absolument normal. C'est un mois plus tard seulement que les papilles commencèrent à blanchir.

Enfin Dupuy-Dutemps et Terson ont signalé sans donner de détails plusieurs cas de cécité totale et définitive dus à l'acétylarsan.

Quant aux troubles visuels légers, ils seraient loin d'être rares pour Toulant et céderaient à l'interruption du traitement. En voici un exemple observé récemment par Jame. Une femme de 31 ans, syphilitique, reçut une série d'injections bihebdomadaires de 3 centimètres cubes d'acétylarsan. A la quinzième injection, elle accusa des troubles photopsiques de l'œil gauche. Mais les troubles étaient apparus dès la sixième injection environ et s'étaient de plus en plus accentués depuis. Elle voyait des « ronds bleus » éblouissants quand elle fixait un objet éloigné. L'examen ophtalmologique ne montra aucune anomalie de l'acuité, du champ visuel ou du fond d'œil. Le traitement fut suspendu. Trois mois plus tard, ces troubles subjectifs avaient presque entièrement disparu.

Sézary et Barbé ont recueilli également trois observations de troubles visuels dus à l'acétylarsan. Deux de ces cas concernaient des tabétiques qui avaient reçu six injections en deux semaines, ce qui constitue une dose trop élevée. L'un d'eux se plaignait de phosphènes qui disparurent au bout de plusieurs mois. L'autre eut un grave rétrécissement du champ visuel qui persiste depuis cinq ans. La troisième malade, traitée de la même façon, eut également un rétrécissement du champ visuel et une atrophie optique bilatérale, qui ont déterminé une baisse importante de l'acuité visuelle.

Une de leurs observations est curieuse, parce qu'elle montre l'action variable de la reprise du traitement. Une première série

d'injections, faite dans une station thermale, avait provoqué une baisse de la vision et un rétrécissement du champ usuel. Deux mois après, une seconde série, faite en Bretagne, aggrava nettement ces troubles. Mais une troisième, quatre mois plus tard, n'eut plus d'action sur le nerf optique : on aurait cependant pu redouter que le malade devînt complètement aveugle.

Dracoulidès et Vejirtjis ont rapporté l'histoire succincte d'une hérédo-syphilitique de 28 ans qui, ayant reçu quatre injections d'acétylarsan, eut pendant plusieurs jours des signes de surexcitation nerveuse, accompagnés de bourdonnements d'oreille et d'une baisse de la vision. La malade ne put être suivie.

Plusieurs observations de troubles oculaires ont été rapportées à la suite de l'emploi du **stovarsol sodique**. Ce sont les cas de Clapier (baisse de l'acuité chez un trypanosomé avancé à la suite de sept injections sous-cutanées ou intramusculaires de 1 gramme de stovarsol) et de Beurnier et Clapier (deux malades atteints d'ulcère phagédénique : cécité chez l'un après 16 grammes de stovarsol intramusculaire en 31 jours ; chez l'autre, qui avait déjà une vue faible, baisse importante de l'acuité après 18 grammes de stovarsol en 37 jours — les doses par injection ne sont pas précisées par les auteurs).

Toulant signale une atrophie optique bilatérale chez un malade atteint de méningite syphilitique secondaire, à la suite d'injections intraveineuses de stovarsol (doses non précisées), longtemps poursuivies malgré des troubles progressifs de la vision.

Le même auteur nous a dit avoir observé, chez un malade guéri depuis deux ou trois ans d'une névrite optique alcoolique, une diminution de la vision constatée à plusieurs reprises, à la suite de l'administration de stovarsol *per os* pour paludisme.

Chez 51 paralytiques généraux traités par des doses excessives de stovarsol sodique (trois injections hebdomadaires de 1 gr. 50 pendant cinq semaines), à une époque où la posologie n'était pas encore précisée, Sézary et Barbé ont noté trois cas d'amblyopie transitoire au cours même du traitement et quatre cas de baisse progressive de la vision survenus à la fin d'une série ou plusieurs semaines après, et aboutissant lentement à la cécité.

Les deux cas d'accidents oculaires rapportés par Cossa à la suite

d'injections trihebdomadaires de 1 gramme de stovarsol sont particulièrement intéressants par leurs conditions étiologiques, sur lesquelles nous reviendrons, et par leur symptomatologie. Le premier malade signala à la quinzième injection quelques troubles de la vue. Il put cependant lire un texte en caractères fins avant les seizième et dix-septième injections. Il dit alors avoir remarqué que, lorsqu'il marchait, les objets disparaissaient brusquement de sa vision sur le côté. En effet, l'examen montra un rétrécissement concentrique et important du champ visuel. Mais l'acuité était demeurée normale. Les injections furent arrêtées, mais, par la suite, le champ visuel ne s'est que très légèrement élargi.

Le second cas est celui d'un tabétique avec papillite syphilitique. Examiné un mois après la fin d'une série d'injections (24 environ) de stovarsol sodique, on constata un rétrécissement net, mais modéré, du champ visuel, sans baisse de l'acuité. La vision périphérique s'améliora très peu.

Dans ces deux cas, nous voyons l'effet nocif du stovarsol se traduire par un rétrécissement du champ visuel, à l'exclusion de toute baisse de l'acuité.

Tout récemment Lacroix a rapporté deux observations d'amaurose survenues chez des paralytiques généraux, au cours d'un traitement normal. L'accident est survenu chaque fois au cours de la seconde série d'injections.

Signalons le cas exceptionnel de Nida, où, à la suite d'un traitement massif par le stovarsol, un malade eût une baisse de l'acuité visuelle, avec *scotome central* relatif pour le vert et le rouge. La guérison survint un mois après qu'on eût cessé la médication arsenicale.

Les troubles oculaires consécutifs aux injections d'**orsanine** (270 Fourneau) sont semblables à ceux que provoque la tryparsamide, d'après Ledentu et Vaucel, Van den Branden. D'après Sicé, ils seraient plus précoces et moins rares. Les accidents peuvent survenir soit dès les premières injections, soit quelques jours après la fin d'une série. La baisse de la vision est tantôt passagère, tantôt persistante. Dans ce dernier cas cependant, il y a eu parfois une amélioration partielle.

Notons que chez un malade de Van den Branden qui s'était

plaint de troubles visuels après deux injections hebdomadaires de 1 gr. 50 d'orsanine, on put impunément faire neuf injections de la même dose après un mois de repos. Peut-être ne s'agissait-il que de troubles subjectifs et non fonctionnels.

Nous ne ferons que citer les complications oculaires survenues au cours de traitements par l'*étharsénol* et le *proparsénol* (éthanol- et propanolarsinate de sodium). Ces composés, essayés par Van den Branden dans la maladie du sommeil, ont donné le premier 63 o/o et le second 16,7 o/o de troubles visuels souvent graves.

Nature de la lésion oculaire. — Nous avons à dessein omis jusqu'ici de préciser la *nature de la lésion oculaire* observée à la suite de l'emploi des arsenicaux pentavalents. C'est qu'en effet si les différents auteurs en donnent une description clinique superposable dans la grande majorité des cas, les termes sous lesquels ils la désignent diffèrent notablement. A propos de l'atoxyl par exemple, les uns parlent de rétinite (G. Martin et Lebœuf), d'autres d'atrophie simple du nerf optique (Igersheimer), d'autres de névrite rétro-bulbaire (de Lapersonne et Léri), d'autres encore de névrite optique avec atrophie secondaire.

En réalité, les faits sont patents.

Au début, chez les sujets traités par l'atoxyl, on note une baisse de l'acuité avec rétrécissement du champ visuel sans scotome. Il n'y a pas de lésion du fond d'œil.

Puis les troubles, qui sont bilatéraux, augmentent rapidement jusqu'à provoquer la cécité. Quelques semaines plus tard, on voit à l'ophtalmoscope une papille blanche, à bords nets ; il y a alors de l'atrophie optique.

A cette période tardive, période de séquelle, il s'agit évidemment d'une *atrophie simple*, nommée encore primitive du fait qu'elle n'a pas été précédée d'altérations visibles de la papille.

Mais au début, on ne peut parler d'atrophie, puisque la papille est normale. Il s'agit d'une névrite, en donnant à ce terme son sens le plus large, qui ne préjuge pas de la nature inflammatoire ou dégénérative de la lésion.

Il est possible que, anatomiquement, cette névrite soit rétro-

bulbaire. Mais cette dénomination doit être proscrite ici en raison du sens conventionnel et restreint qu'on lui réserve en clinique et qui la rend inapplicable à ces cas. Dans la règle, en effet, on n'observe dans la névrite de l'arsenic pentavalent ni le scotome central, ni l'intégrité du champ visuel périphérique, ni l'évolution généralement favorable qui sont les éléments caractéristiques de la névrite rétro-bulbaire. C'est dans des cas tout-à-fait exceptionnels que le tableau clinique de la névrite rétro-bulbaire a été réalisé (Constantino, Nida).

Si nous comparions cette névrite optique à la névrite alcoolique des membres inférieurs, nous assimilerions les troubles photopsiques aux douleurs névralgiques du début, la cécité à l'anesthésie et à la paralysie. C'est pourquoi le terme de névrite optique atoxylique, tout court, nous paraît bien convenir à l'affection que nous étudions.

Quant aux lésions oculaires dues à la tryparsamide, au stovarsol ou à l'acétylarsan, aucun auteur n'a précisé leur nature. Il y a tout lieu de penser qu'il s'agit des mêmes altérations du nerf optique que celles occasionnées par l'atoxyl, mais à un degré moindre. Motais croit pouvoir attribuer les troubles photopsiques du début et la diminution légère de l'acuité visuelle à des lésions irritatives ou œdémateuses du nerf optique.

ÉTIOLOGIE

Nous envisagerons successivement le rôle que jouent d'abord la nature des différents composés arsenicaux dans la production des accidents oculaires, puis le terrain offert par l'organisme du malade.

Le médicament. — Il faut tenir compte à la fois de la nature du dérivé arsenical, de sa voie d'introduction et de sa posologie.

1° **Nature du produit.** — Nous ne reviendrons pas ici sur ce fait capital, à savoir que les arsenicaux pentavalents sont seuls responsables de la névrite optique que nous étudions.

La toxicité de l'arsenic pentavalent pour le système nerveux a d'ailleurs été mise en évidence par l'expérimentation chez l'animal. Chez la souris, qui est particulièrement sensible, ce corps provoque

des troubles bien spéciaux : mouvements giratoires rapides, course pendant des heures, toujours dans le même sens, autour de la cage (« souris danseuses »). Ces troubles semblent être l'équivalent des accidents oculaires observés chez l'homme (Fourneau).

Chez l'homme, il est facile de constater que tous les arsenicaux pentavalents n'ont pas la même nocivité pour le nerf optique. Cela tient d'abord, mais pour une part seulement, à leur différente *teneur en arsenic.*

L'acétylarsan est considéré comme moins dangereux que les autres composés. De fait, sur un nombre considérable de malades traités par l'acétylarsan au pavillon Brocq de l'hôpital Saint-Louis, non seulement pour syphilis, mais surtout pour des dermatoses diverses (lichen plan, tuberculides), nous n'avons noté aucun accident oculaire. Tout récemment, Touraine, Fouet et Golé ont publié une statistique concernant 616 malades traités par ce dérivé et dont aucun n'a eu de trouble visuel. Mais l'innocuité de ce produit s'explique, croyons-nous, surtout par la faible quantité d'arsenic qu'il contient. Les ampoules livrées dans le commerce n'en renferment que 0 gr. 1316, dose équivalant à celle qui se trouve dans 67 centigrammes de stovarsol. Et nous verrons plus loin que si l'on dépasse cette dose minime et si l'on répète les injections plus de deux fois par semaine, la complication oculaire peut se produire.

Mais à quantité égale d'arsenic, les divers composés ont cependant une nocivité différente pour le nerf optique. C'est ainsi que l'atoxyl, l'arsacétine provoquent des troubles oculaires à des doses qui correspondent à 20 ou 30 centigrammes d'arsenic par semaine, beaucoup plus rarement à 10 ou à 40 centigrammes. Or ces complications visuelles sont bien moins fréquentes avec le stovarsol et la tryparsamide, avec lesquels la dose d'arsenic injectée par semaine est ordinairement de 75 centigrammes environ. Ajoutons même que la complication, quand elle se produit, est plus grave après l'atoxyl qu'après la tryparsamide.

Ceci prouve que la *constitution chimique des composés arsenicaux joue un rôle capital sur leur nocivité vis-à-vis du nerf optique.* Il n'est d'ailleurs pas toujours facile de comparer la toxicité des divers composés. Certains sont employés à des doses massives (exemple : tryparsamide, une injection de 2 à 3 grammes par

semaine), les autres à doses fractionnées (exemple : stovarsol, trois injections de 1 gramme par semaine). Une étude expérimentale méthodique serait à reprendre.

On a cherché à établir une corrélation constante entre la formule chimique du corps et sa toxicité, entre tel ou tel édifice moléculaire et ses propriétés neurotoxiques.

Young et Lœvenhart, attribuent la plus grande importance à la position de l'arsenic dans la molécule par rapport au groupement aminé : en position ortho l'arsenic ne léserait pas le nerf optique ; il serait très nocif en position para.

En France, les belles recherches de Fourneau, de Tréfouel et de leurs collaborateurs ont établi les points suivants : les fonctions aminée et phénolique sont désintoxiquantes ; l'acétylation de la fonction aminée n'augmente jamais la toxicité, la diminue le plus souvent ; l'emplacement des fonctions a une importance capitale ; enfin la fonction aminée a un pouvoir désintoxiquant quand elle est placée dans les positions méta et surtout para qui n'atténuent pas l'action parasiticide. D'après ces auteurs, il faut vraisemblablement renoncer à l'espoir de préparer des dérivés de l'arsenic pentavalent totalement inoffensifs, mais plusieurs acides phénylarsiniques oxyaminés isomères sont susceptibles d'une utilisation directe avec le minimum de nocivité.

Certains *facteurs accidentels* peuvent accroître la toxicité des dérivés arsenicaux. On a signalé des « séries malheureuses », où le pourcentage des accidents était particulièrement élevé. C'est ainsi qu'avec l'atoxyl, Martin et Darré ont observé coup sur coup deux cas de névrite optique, alors qu'ils n'avaient vu aucun accident pendant les sept années précédentes. De même, Hallopeau n'a pas constaté d'accidents oculaires chez 160 malades de l'hôpital Saint-Louis traités par l'atoxyl de provenance française, mais en a noté chez 10 malades de ville traités avec un atoxyl de provenance étrangère ; il incriminait l'impureté du produit. Terrien a trouvé, à côté de l'atoxyl, des arsénites et des arséniates libres.

Enfin, dans la production des accidents oculaires survenus au Cameroun à la suite d'injections de tryparsamide, Jamot a fait jouer un rôle à la nature du liquide solvant. Beaucoup de névrites, écrit-il, furent observées pendant le premier semestre de 1927, dans le secteur de Bafia, avec des doses faibles, mais dissoutes dans de

l'eau ordinaire filtrée et bouillie. L'usage d'eau de pluie ou d'eau distillée mit fin aux accidents. Rappelons qu'une explication analogue, reconnue inexacte depuis, a été donnée jadis pour les accidents consécutifs aux injections de 914.

2° **Voie d'introduction.** — Son rôle ne nous paraît pas négligeable.

Avec la tryparsamide, aucun auteur n'a noté de différence dans la fréquence des accidents oculaires après les injections intraveineuses, intramusculaires ou sous-cutanées. Avec le stovarsol injecté dans la veine à la dose de 1 gramme, dose généralement inoffensive par voie sous-cutanée, Sézary et Barbé ont observé un cas de névrite optique. Aussi déconseillons-nous ce mode d'administration, dont l'action est trop directe et trop massive.

La voie digestive paraît moins dangereuse pour les fonctions visuelles, mais elle est beaucoup moins active (Sézary et Pomaret). Nous avons entendu parler de plusieurs cas, inédits, de troubles visuels après administration de stovarsol *per os*, mais nous ignorons dans quelles circonstances la complication s'est produite. Toulant nous a dit avoir observé à plusieurs reprises une diminution de la vision chez un homme de 45 ans qui prenait du stovarsol pour traiter son paludisme, et qui était guéri depuis deux ou trois ans d'une névrite optique alcoolique. Remarquons que cette névrite optique antérieure était une grave cause prédisposante.

3° **Posologie.** — Elle joue un rôle très important dans la production des troubles oculaires.

Comparer à cet égard les observations des divers auteurs est chose délicate. Car, d'abord, beaucoup sont incomplètes : elles ne mentionnent, par exemple, que la dose totale administrée, sans spécifier la dose par injection ; ou encore, elles omettent le rythme des injections, etc. D'autre part, chez un malade donné, les doses des injections successives ont souvent varié. Cependant, quelques données importantes nous paraissent acquises d'une façon indiscutable.

Nous étudierons l'influence sur la production des accidents :

1° De la dose des composés arsenicaux introduite en une seule injection, quelles que soient la fréquence et la répétition des injections ;

2° De la fréquence ou du rythme des injections ;

3° De la dose totale de composé arsenical injectée dans une ou plusieurs séries.

1° *Influence de la dose introduite par chaque injection.* — De la lecture d'un grand nombre d'observations et de nos constatations personnelles se dégage l'impression que les doses fortes introduites en une seule injection sont particulièrement nocives.

L'*atoxyl* à forte dose est éminemment toxique pour le nerf optique. Parmi les premiers accidents rapportés, on peut relever celui de Van Campenhout, où des doses moyennes de 60 centigrammes entraînèrent l'amaurose, et celui de Martin, où l'amblyopie fut déclenchée par des doses de 50 centigrammes à 1 gramme d'atoxyl. Mais c'est surtout depuis les observations de R. Koch et celles d'Ayres Kopke que l'attention fut attirée sur le danger des doses trop élevées par injection.

Koch, en 1907, dans le compte-rendu de l'expédition allemande pour l'étude de la maladie du sommeil, rapporte, sans indiquer le nombre total des sujets traités, 22 cas de cécité définitive après l'emploi de doses de 1 gramme d'atoxyl à chaque injection. Il n'y eut, au contraire, jamais de troubles oculaires après les doses de 50 centigrammes.

De son côté, Kopke, traitant 29 cas de maladie du sommeil, eut 6 cas d'atrophie optique après des doses moyennes variant de 50 centigrammes à 1 gr. 40 d'atoxyl par injection (respectivement 50 cgr., 50 cgr., 50 cgr., 1 gr. 20, 1 gr. 20, 1 gr. 40).

Depuis, nombreux sont les auteurs qui ont déploré des accidents oculaires à la suite d'injections de 50 centigrammes à 1 gramme de ce composé (Martin et Lebœuf ; Beck ; Martin et Darré ; Martin, Lebœuf et Ringenbach ; Lefrou ; Hodges).

Il ne faudrait cependant pas croire que de fortes doses d'atoxyl par injection provoquent *nécessairement* des troubles oculaires. Hallopeau, traitant 160 malades par des doses décroissantes de 75 à 40 centigrammes, n'a pas eu un seul accident.

La mission Schweitz, au Congo Belge, a préconisé des doses massives de 1 gramme pour les adultes et de 50 centigrammes pour les enfants. Blanchard et Laigret ont même employé couramment des injections massives de 1 gr. 20 pour des adultes de 60 kilo-

grammes; ils ont traité ainsi des centaines de malades sans le moindre accident.

Enfin Jamot, ayant pratiqué ou fait pratiquer, tant au Cameroun qu'en Afrique Equatoriale Française, plus d'un million d'injections d'atoxyl à plus de 100.000 trypanosomés de toutes catégories, dit qu' « il pourrait compter, parmi les malades traités, ceux qui ont présenté des accidents oculaires ou des aggravations nerveuses imputables au médicament ». Or, il s'agit d'injections de 60 centigrammes, généralement hebdomadaires et répétées au plus quatre fois par série. Chez tous les malades, à ces injections d'atoxyl étaient associées des injections de novarsénobenzol, de Bayermoranyl ou surtout de tryparsamide.

Nous verrons plus loin que, d'une façon exceptionnelle, des doses faibles de ce produit ont pu, chez certains sujets, provoquer des troubles oculaires. C'est ici que le rôle des conditions prédisposantes, sur lequel nous reviendrons plus loin, apparaît comme important.

L'*arsacétine* est un composé toujours dangereux, même à petites doses. Nous n'insisterons pas sur ses inconvénients, qui l'ont fait rejeter de l'arsenal thérapeutique.

La nocivité des fortes doses de *tryparsamide*, introduites en une seule injection, est également manifeste. C'est même à cause de la fréquence des accidents oculaires dus aux doses élevées employées par les premiers expérimentateurs, que l'on a dû diminuer la posologie, se limiter à 3 grammes ou même moins par injection. Louise Pearce employa la première la tryparsamide dans la maladie du sommeil à des doses variant de 2 à 6 grammes par injection : elle constata neuf accidents oculaires plus ou moins graves chez 77 malades traités. Lorentz, Lœvenhart, Bleckwenn et Hodges, essayant le même produit dans le traitement de la syphilis nerveuse, employèrent tout d'abord les doses de 5 grammes : 40 o/o environ des malades se plaignirent d'une baisse de l'acuité visuelle après quatre ou cinq injections hebdomadaires. Mais avec 3 grammes, ils n'eurent plus de troubles oculaires. Cependant sur 4 malades traités de la sorte, Sézary et Barbé ont déploré une amblyopie. Van den Branden, injectant seulement une dose de 2 grammes par semaine, n'eut qu'un seul accident oculaire sur 115 malades traités. Sicard et Haguenau, en 1927, n'avaient pas

enregistré de trouble visuel chez une trentaine de paralytiques généraux traités prudemment avec des doses de 1 à 3 grammes, et depuis cette époque Haguenau n'en a pas observé davantage. Touraine, Fouet et Golé, avec les doses faibles de 50 centigrammes à 1 gramme répétées deux fois par semaine, n'ont constaté aucun trouble de la vue chez 56 syphilitiques.

Pour Jamot, qui sur 25.638 trypanosomés traités par la tryparsamide n'eut que 0,8 o/o de troubles oculaires, un certain nombre de ces accidents est manifestement dû à des doses trop élevées. Ils surviendraient presque toujours chez des malades avancés, ayant reçu par injection 5 centigrammes ou plus de tryparsamide par kilogramme de poids. D'après cet auteur, en restant chez les grands sommeilleux au-dessous de cette dose (qui peut être dépassée sans inconvénient chez les malades en bon état), on évite presque à coup sûr la complication visuelle.

Avec l'*orsanine*, les doses de 5 centigrammes par kilogramme se sont montrées dangereuses à la période tardive de la trypanosomiase (Ledentu et Daude, Ledentu et Vaucel, Vaucel). Les doses de 3 centigrammes et de 4 centigrammes par kilogramme sont généralement bien tolérées (Ledentu et Daude, Vaucel), mais doivent être abaissées à 2 cgr. 5 ou même 1 centigramme chez les sujets cachectiques, à la période tardive de la maladie (Van den Branden, Ledentu et Daude). Cependant, en appliquant un traitement prudent chez 251 trypanosomés nerveux, Sicé évalue la fréquence des troubles oculaires à 1,9 o/o.

Chez les paralytiques généraux traités par les injections de *stovarsol sodique*, Sézary et Barbé ont constaté des troubles oculaires presque exclusivement chez les malades ayant reçu 1 gr. 50 de la médication, au lieu de la dose normale de 1 gramme. Chez 44 malades ayant reçu 1 gr. 50, 5 ont eu des troubles visuels. Chez 250 malades n'ayant reçu que 1 gramme par voie sous-cutanée, un seul a eu une baisse de l'acuité visuelle, qu'expliquait une lésion antérieure de l'œil.

Enfin, rappelons que l'*acétylarsan*, employé à la faible dose de 3 centimètres cubes (= 0 gr. 70 de ce sel) par injection bihebdomadaire se montre peu dangereux pour le nerf optique, s'il n'y a pas de cause prédisposante dans l'organisme du malade.

En terminant cette étude de la nocivité des doses massives de composés arsenicaux, nous noterons l'*influence d'un traitement arsenical antérieur* sur la production des accidents oculaires. Tout se passe, dans certains cas, comme si le premier traitement avait fragilisé ou sensibilisé le nerf optique. Le fait a été observé lorsque l'on traite un ancien malade atoxylé par un autre dérivé de l'arsenic pentavalent, en particulier la tryparsamide. Pearce remarque que sur 9 cas de troubles visuels au cours d'un traitement par la tryparsamide, 5 malades au moins avaient été traités antérieurement par l'atoxyl. Ledentu, sans attribuer un rôle trop considérable aux injections antérieures d'atoxyl, pense qu'elles ont cependant une action prédisposante, mais faible ; les accidents se produiraient avec des doses de tryparsamide légèrement inférieures (de 1 cgr. 5 par kilogramme de poids) à celles que l'on peut administrer sans danger chez des malades « neufs ».

Marugo, dont l'expérience repose sur le traitement de 132 sommeilleux par la tryparsamide, déclare n'avoir observé aucun trouble oculaire durable chez les sujets « neufs ». Au contraire, ce produit déclencha des accidents allant jusqu'à la cécité définitive chez des malades traités auparavant par l'atoxyl, la soamine, etc. Certains avaient déjà présenté, il est vrai, des troubles oculaires lors du traitement par l'atoxyl ; mais chez d'autres, rien n'avait laissé prévoir une telle prédisposition.

D'après Ledentu et Vaucel, l'amblyopie serait plus fréquente au cours d'une deuxième série d'injections de tryparsamide qu'au cours de la première (comme dans le cas précédent des malades ayant subi un traitement arsenical antérieur). Mais ces auteurs semblent être les seuls à avoir cette opinion.

Pour le stovarsol sodique, les complications oculaires ont été observées au cours ou à la suite soit de la première, soit de la deuxième série (Sézary et Barbé).

2° *Influence de la fréquence ou du rythme des injections.* — Nous venons de voir que, pour un composé donné d'arsenic pentavalent, il est dangereux de dépasser par injection une certaine dose fixée par l'expérience. Dans l'étiologie de la névrite optique arsenicale, il faut compter aussi avec la fréquence ou le rythme des injections.

L'arsenic pentavalent, dans la trypanosomiase et dans la syphilis, s'administre en effet en injections plus ou moins espacées, *jamais quotidiennes*. Rapprocher ces injections en deçà d'une certaine limite, fixée par l'expérience, c'est exposer les malades à la névrite optique.

Voici des exemples concernant des malades traités par l'*atoxyl*. On sait que ce produit, à la première période de la trypanosomiase, se prescrit en injections hebdomadaires ou bimensuelles de 1 à 2 centigrammes par kilog du poids corporel (Jamot, Ouzilleau et Lefrou, Blanchard et Laigret, etc.). Avec cette posologie, les accidents visuels sont rares.

Les injections trop rapprochées sont au contraire dangereuses. Ainsi von Krudener observa un cas d'amaurose après avoir injecté quotidiennement pendant sept mois une dose moyenne journalière de 20 centigrammes d'atoxyl (soit 30 centigrammes d'*arsenic* par semaine). Un traitement identique ordonné par Lesser et Greeff et poursuivi 26 jours consécutifs fut également suivi d'amaurose. Un malade de Fehr fut atteint de troubles visuels nets après avoir reçu tous les deux jours 20 à 25 centigrammes d'atoxyl pendant sept mois. Ayres Kopke eut à déplorer deux cas d'atrophie optique après des doses de 50 centigrammes d'atoxyl répétées chez l'un de ses malades tous les 2 à 3 jours pendant quatre mois, chez l'autre tous les 3 à 4 jours pendant cinq mois et demi. Birch-Hirschfeld et Koster citent une amblyopie apparue à la suite de 32 injections quotidiennes de 20 centigrammes d'atoxyl. Citons encore les cas de Borneman (injection quotidienne pendant trois mois de 30 centigrammes d'atoxyl en moyenne), de Nonne (injection quotidienne de 28 centigrammes pendant quatre semaines), de Constantino (injection quotidienne de 28 centigrammes pendant 8 jours consécutifs).

La méthode des doses peu espacées et longtemps prolongées a d'ailleurs été nettement condamnée par Ouzilleau et Lefrou dans le traitement de la maladie du sommeil par l'atoxyl. Ces auteurs y voient une des causes importantes de la production des accidents oculaires.

Les mêmes remarques s'appliquent à l'*acétylarsan*. Sézary et Barbé ont recueilli les observations de trois malades chez lesquels des troubles visuels étaient consécutifs à des injections tri-hebdomadaires de doses normales ou inférieures à la normale (au lieu

d'injections bi-hebdomadaires). Il s'agissait, il est vrai, de sujets atteints de tabès ou de méningite syphilitique, causes prédisposantes importantes de la névrite optique.

Un autre malade observé par eux se plaignit de phosphènes pendant plusieurs mois après six injections de doses d'*arsaminol* normales, mais trop souvent répétées (tri-hebdomadaires).

Toulant a également été frappé du danger que présente pour le nerf optique l'usage des petites doses continues du *stovarsol* ou de ses dérivés.

Il apparaît donc que l'emploi des doses faibles d'arsenic pentavalent ne met pas à l'abri des accidents oculaires dans les conditions suivantes : 1° si les injections, même représentant une faible dose hebdomadaire, sont répétées à de trop courts intervalles; 2° *a fortiori* si les injections, quoique faites à faibles doses, sont tellement rapprochées qu'elles représentent cependant une forte dose hebdomadaire.

La complication s'explique aisément par ce fait que l'arsenic exerce dans ces cas une action continue sur les fibres du nerf optique.

3° *Influence des doses totales administrées dans une ou plusieurs séries.* — Les accidents oculaires peuvent survenir après l'injection d'une dose totale importante de médicament. En ce qui concerne l'atoxyl, par exemple, on a vu survenir la névrite optique chez des malades qui avaient reçu en de nombreuses injections les doses considérables de 50 grammes (von Krudener), de 36 gr. 25 (Martin, Lebœuf et Ringenbach), de 27 grammes (Borneman), de 20 à 25 grammes (Fehr, Kopke, Martin et Lebœuf).

On pourrait donc croire que la dose totale importante prédispose à la névrite optique.

Mais ceci ne nous paraît pas démontré.

D'abord, dans tous les cas que nous venons de citer, on trouve une autre cause capable d'expliquer la production des accidents : trop grosses doses par injection, intervalles insuffisants entre les injections, prédisposition individuelle (trypanosomiase avancée).

D'autre part, la névrite a été assez fréquemment observée chez des malades qui avaient reçu des doses totales faibles de ce même médicament (10 gr. et même 3 à 5 gr.). Des amauroses parfois

complètes ont été signalées après 2 gr. 25 (Beck, Constantino), après 1 gr. 20 (Steinback) et même après 0 gr. 725 (Makroki) : on ne peut évidemment incriminer ici la dose totale trop forte. La statistique de Gray, qui n'indique malheureusement pas le nombre des malades traités, montre que les accidents oculaires surviennent souvent alors que la quantité de médicament introduite est encore faible.

Inversement, Paul Salmon n'a observé aucune lésion oculaire chez 181 syphilitiques traités par des doses totales d'atoxyl souvent élevées (jusqu'à 21 grammes en 165 jours).

On ne peut donc incriminer dans la production des troubles visuels l'importance de la dose totale d'arsenic pentavalent injectée.

C'était d'ailleurs l'opinion qu'exprimait Ayres Kopke, après avoir observé les premiers accidents oculaires chez les sommeilleux traités par l'atoxyl : ayant eu à déplorer six cas d'atrophie optique, il notait que, parmi les aveugles, celui qui avait reçu le plus d'atoxyl avait eu 16 injections en quatre mois, représentant 23 grammes ; or des malades qui avaient reçu des doses de 39 grammes, 44 gr. 5 et 54 grammes étaient indemnes de tout accident oculaire. Peut-être cependant cet auteur n'a-t-il pas tenu compte des conditions prédisposantes sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

L'étude des autres composés de l'arsenic pentavalent confirme cette notion.

Avec la tryparsamide, en effet, l'accident se produit souvent, comme nous l'avons souligné, au cours des dix premières injections, c'est-à-dire à un moment où le malade n'a encore reçu qu'une quantité faible d'arsenic. Passée cette période critique, des doses considérables ont pu être injectées sans complication (plusieurs séries de 30 grammes de tryparsamide). Même dans la maladie du sommeil où l'arsenic peut causer des troubles oculaires tardifs, les grosses doses totales ne semblent pas particulièrement nocives.

De même, Sézary et Barbé ont insisté sur le fait que leurs paralytiques généraux frappés d'amblyopie au cours du traitement par le stovarsol avaient, pour la plupart, reçu des doses totales faibles, et jamais plus de 21 grammes par série (respectivement 17 gr. 5, 21 gr., 37 gr. 5, 84 gr. 75). Comme nous l'avons vu, dans leur cas, c'est la dose trop forte par injection qu'il faut incriminer.

Les malades qui avaient reçu des doses totales les plus élevées (jusqu'à 365 grammes en plusieurs années) sont restés indemnes.

Les mêmes auteurs ont pu injecter, au rythme normal de 3 grammes par semaine, jusqu'à 30, 40 et même 61 grammes de stovarsol par série sans constater aucun trouble visuel. Ces doses, nous le répétons, ne seront atteintes que d'une façon exceptionnelle, si l'intérêt du malade l'exige (début de l'amélioration seulement à la fin de la série normale de 21 injections). Elles nécessitent une surveillance particulièrement sévère du malade. Mais s'il le faut, elles peuvent être conseillées.

En résumé, il semble bien établi que :

1° Les fortes doses injectées en une seule fois sont beaucoup plus dangereuses que les doses faibles ;

2° Les injections même faibles, mais très rapprochées, sont également nocives ;

3° Par contre, on peut poursuivre assez longtemps, mais sans exagérer toutefois, un traitement institué à des doses normales et à un rythme prudent, et atteindre ainsi de grosses doses totales de médicament, sans provoquer d'accidents oculaires.

Causes prédisposantes. — Les données posologiques que nous venons d'étudier n'éclairent pas complètement l'étiologie des névrites optiques de l'arsenic pentavalent. Elles sont insuffisantes pour expliquer la production de certains accidents oculaires. Un même traitement peut provoquer une névrite optique chez certains malades et ne se compliquer d'aucun accident oculaire chez beaucoup d'autres. De plus, ce ne sont pas toujours ceux qui ont reçu les traitements les plus intensifs qui sont frappés.

Un autre facteur joue donc un rôle important : c'est le *terrain* ou la *prédisposition individuelle.*

Plusieurs causes prédisposantes doivent être retenues. Ce sont une lésion antérieure du nerf optique, une atteinte antérieure du système nerveux central, la déficience de l'état général, l'intoxication alcoolique, l'insuffisance rénale et hépatique.

I. *Lésion antérieure du nerf optique.* — Le danger d'un accident oculaire apparaît particulièrement menaçant chez les malades dont le nerf optique est déjà altéré.

Nous ne citerons, pour l'*atoxyl*, que l'observation typique de Coppez concernant un hérédo-syphilitique de 54 ans, atteint d'une néphrite chronique et d'une lésion cardiaque. Cet homme chez qui une choroïdite disséminée existait depuis l'enfance, avait perdu la vue de l'œil droit, en 1905, à la suite d'une embolie de l'artère centrale de la rétine. En septembre 1908, son œil gauche avait une acuité normale. Or, le 10 octobre de la même année, cette acuité n'était plus que de 1/4, avec rétrécissement nasal du champ visuel. Le 10 novembre, le malade était aveugle. On apprit alors qu'on lui faisait par ailleurs des injections d'atoxyl : il avait reçu dix injections de 5 centigrammes chacune. Malgré cette dose très minime, la vue s'était troublée dès la première injection, la cécité était survenue à la cinquième, et cinq semaines plus tard, on notait un début d'atrophie optique. Dans ce cas, il y avait en réalité deux causes prédisposantes : la lésion oculaire et la néphrite.

Avec la *tryparsamide*, plusieurs auteurs ont publié des statistiques intéressantes, montrant l'influence d'une lésion oculaire antérieure sur la fréquence de la névrite arsenicale.

Woods et Moore évaluent la fréquence des accidents visuels à 23,2 o/o chez les syphilitiques indemnes d'altérations oculaires, et à 41,7 o/o chez ceux qui avaient avant le traitement une altération du nerf optique (atrophie optique ou neuro-rétinite).

Cady et Alvis ont publié des chiffres tout aussi démonstratifs : 5,2 o/o chez les malades neuro-syphilitiques dont la vision était normale et 37 o/o chez ceux dont la vision était préalablement altérée.

Dans des formes avancées de la maladie du sommeil, Jamot et Vernon n'eurent qu'un seul cas d'amblyopie sur 300 malades traités prudemment par une série de dix injections hebdomadaires de 4 centigrammes de tryparsamide par kilogramme. Or, dans ce cas, il s'agissait d'un homme qui avait eu antérieurement une neuro-rétinite syphilitique.

Des constatations analogues ont été faites à propos du *stovarsol sodique*. Sur 250 paralytiques généraux traités par Sézary et Barbé avec trois injections sous-cutanées hebdomadaires de 1 gramme de ce produit, un seul a eu une amblyopie passagère : or, il s'agissait d'un malade qui avait une ancienne affection oculaire. Beurnier et Clapier ont noté un cas de cécité chez un malade qui avait eu aussi

auparavant une lésion du fond de l'œil. De même, Toulant a signalé une baisse de la vision chez un sujet traité par le stovarsol *per os* et qui avait eu deux ans plus tôt une névrite optique. Cossa a publié une observation de rétrécissement du champ visuel chez un paralytique général qui avait une ancienne papillite syphilitique.

Aussi, la plupart des auteurs considèrent-ils comme une contre-indication quasi-formelle à l'usage des arsenicaux pentavalents l'existence d'une lésion antérieure de la rétine ou du nerf optique. Quelques-uns, cependant, ne condamnent pas systématiquement leur emploi dans de tels cas ; mais ils insistent sur la nécessité d'un contrôle ophtalmologique constant et sévère (Woods et Moore, Salomon et Viets, Lillie).

II. *Lésion antérieure du système nerveux central.* — Deux maladies très répandues, la maladie du sommeil et la syphilis, ont été largement traitées par les arsenicaux pentavalents. Or, dans ces deux maladies, l'atteinte du système nerveux central est extrêmement fréquente. On peut se demander si ces altérations nerveuses préalables ne favorisent pas la névrite optique arsenicale ou, dans un autre ordre d'idées, si la lésion du nerf n'est pas due à la réactivation de lésions latentes causées par le trypanosome ou le tréponème.

Voici d'abord les faits.

Dans la longue évolution de la *maladie du sommeil*, on a distingué plusieurs périodes caractérisées par leurs manifestations cliniques et biologiques. Dans la première période, le système nerveux n'est pas envahi. Dans les périodes suivantes au contraire, on trouve des altérations, souvent considérables, du liquide céphalo-rachidien. Or, les accidents oculaires après traitement arsenical sont l'apanage presque exclusif des malades parvenus à la deuxième ou à la troisième période de la maladie. Ils sont au contraire tout à fait exceptionnels à la première période, pendant laquelle cependant on utilise un des dérivés arsenicaux les plus dangereux, l'atoxyl. Tardivement au contraire, quand le liquide céphalo-rachidien est altéré, on se sert d'un composé arsenical moins nocif pour le nerf optique, tel que la tryparsamide.

Les mêmes conclusions semblent résulter de l'étude de la *syphilis*. Il est intéressant de noter qu'avec un corps toxique pour le nerf optique comme l'atoxyl, Paul Salmon, puis Hallopeau aient pu

traiter presque sans accident de nombreux syphilitiques récemment infectés. Salmon a fait plus de 1.349 injections de ce composé chez 181 malades sans provoquer une seule lésion oculaire ; les doses qu'il employait étaient cependant de 50 centigrammes, parfois de 75 centigrammes et même de 1 gramme tous les deux ou trois jours. Hallopeau, avec une technique analogue, n'a pas eu d'accident chez 160 malades de l'hôpital Saint-Louis ; il a cependant eu deux amblyopies passagères chez dix malades de ville. Mais il semble bien que les malades ainsi traités n'aient été qu'exceptionnellement des syphilitiques *nerveux*. Sans doute, beaucoup de ces syphilitiques devaient, selon la règle, avoir des anomalies de leur liquide céphalo-rachidien ; mais à ce stade, aucun n'avait encore de lésion parenchymateuse importante. Ainsi peut-on expliquer leur tolérance pour le médicament.

Au contraire, avec la tryparsamide, bien moins toxique comme nous l'avons vu, les accidents oculaires chez les syphilitiques sont moins rares. C'est parce que les malades traités avec ce produit sont généralement atteints de lésions médullaires ou cérébrales, de paralysie générale, de tabès : ils ont toujours des lésions impor-importantes du système nerveux. Tout se passe comme si, de ce fait, le nerf optique était devenu plus sensible à l'intoxication arsenicale.

Ballet et Hischmann ont rapporté un cas de cécité survenue brusquement chez un tabétique au cours d'une série d'injections de 20 centigrammes d'hectine. Le malade n'a pas été suivi.

Toulant a observé une névrite optique bilatérale chez un malade atteint de méningite syphilitique secondaire et traité par le stovarsol d'une façon non seulement excessive, mais encore prolongée après le début des troubles visuels : il faut remarquer qu'ici les fautes thérapeutiques ont été accumulées.

La statistique de Woods et Moore est, à cet égard, très démonstrative. Le pourcentage des accidents oculaires consécutifs à l'emploi de la tryparsamide est seulement de 5,4 pour les cas de syphilis au début ou de syphilis tardive sans atteinte du système nerveux central. Au contraire, il s'élève à 20,2 dans la syphilis nerveuse, quelle que soit sa forme : il est particulièrement important dans la paralysie générale (21 o/o), dans la paralysie générale avec (25 o/o), dans le tabès (31 o/o), dans la syphilis vasculo-méningée (23 o/o).

On ne manquera pas de remarquer que c'est justement dans ces affections qu'on peut observer l'atrophie optique en dehors de tout traitement arsenical, et que c'est dans le tabès, affection où cette atrophie optique est la plus fréquente, que l'arsenic pentavalent est le plus dangereux.

Aussi pour Sézary et Barbé, le tabès constitue-t-il une cause prédisposante beaucoup plus importante que la paralysie générale. Si, dans le traitement de cette dernière affection, on peut fixer une posologie qui rende pratiquement inexistant le danger de névrite optique arsenicale, il n'en est pas de même pour le tabès.

On voit donc le rôle important que joue comme cause prédisposante de la névrite optique arsenicale une affection antérieure du système nerveux central ou des méninges, surtout si cette affection provoque des lésions latentes du nerf optique. C'est à cause de ce rôle prédisposant qu'on a pu penser que la névrite optique était le fait d'une réactivation d'altérations antérieures du nerf.

III. *Déficience de l'état général. Meiopragies viscérales. Intoxication alcoolique.* — Les accidents oculaires sont fréquents chez les sujets en état de moindre résistance, quelle que soit la cause de leur déchéance. La vieillesse, la cachexie, les intoxications, les infections chroniques, les maladies graves, l'insuffisance rénale ou hépatique sont des facteurs prédisposants au premier chef, comme en témoignent les quelques observations suivantes.

Une malade de Nonne reçoit 8 grammes d'atoxyl en quatre semaines, en injections à doses croissantes. Elle devient aveugle en quelques jours. Elle était atteinte d'un néoplasme avec métastases, dont elle mourut deux mois plus tard.

Une des rares observations d'atrophie optique après injections d'hectine, celle de Ballet et Hirschmann, concerne un vieillard de 72 ans (5 injections de 20 cgr. tous les deux jours).

Une femme de 49 ans, atteinte d'anémie pernicieuse, devient aveugle après avoir reçu 4 gr. 8 d'arsacétine en 31 jours (Sattler).

Terrien invoque la constitution délicate d'une malade pour expliquer les troubles visuels provoqués chez elle par l'acétylarsan.

Nous insisterons, avec Birch-Hirschfeld et Koster, sur l'influence de l'*alcoolisme*, retrouvé par ces auteurs dans cinq cas sur 37 accidents oculaires dus à l'atoxyl. Ils publient le cas d'un homme de

53 ans, alcoolique, ancien syphilitique, qui devint presque totalement aveugle après 32 injections quotidiennes de 20 centigrammes d'atoxyl : il est vrai que la répétition trop rapprochée des doses jouait aussi dans ce cas. Un malade d'Hallopeau atteint d'une polynévrite alcoolique eut une amaurose complète après avoir reçu 5 gr. 10 d'atoxyl en 26 jours. Steinbach cite le cas d'une malade, légèrement éthylique, à qui l'on fit en 26 jours, 12 injections de doses minimes d'atoxyl, représentant au total 1 gr. 2 seulement d'atoxyl et qui devint totalement aveugle. L'un de nous a observé récemment deux cas de troubles oculaires (amblyopie légère, rétrécissement du champ visuel) survenus au cours d'un traitement correct par le stovarsol sodique chez des malades alcooliques avérés.

Il faut tenir également grand compte de l'*insuffisance des émonctoires* (reins) *et des organes qui neutralisent les poisons*, comme le foie.

Chez les malades de Velter et Ostwald, de Toulant, de Louste et Griffiths, de Bureau, qui eurent de la névrite optique après des injections d'acétylarsan, les fonctions rénales étaient gravement compromises. Soulignons que le malade de Velter était âgé de 76 ans.

Il est très vraisemblable que l'insuffisance hépatique joue un rôle important dans la prédisposition qu'ont les alcooliques à faire la complication oculaire. Cette intoxication peut d'ailleurs intervenir aussi en fragilisant le nerf lui-même.

L'étude de ces diverses causes prédisposantes est, comme nous le verrons, du plus haut intérêt pour établir la prophylaxie des accidents oculaires du traitement arsenical.

Conclusions. — En résumé, l'étude étiologique des névrites optiques arsenicales nous montre l'importance de plusieurs facteurs.

1° Certains arsenicaux pentavalents, tels l'atoxyl, l'arsacétine, sont particulièrement toxiques pour le nerf optique, en raison de leur composition chimique même et non de leur teneur en arsenic ;

2° Les doses fortes et massives, rarement répétées, ainsi que les doses même faibles, mais très rapprochées, sont dangereuses, indépendamment de la dose totale administrée par série d'injections ;

3° Le terrain offert par l'organisme est un facteur au moins aussi important. Une altération profonde de l'état général du

malade, l'insuffisance rénale ou hépatique, l'intoxication alcoolique, une lésion du système nerveux central et surtout de la rétine ou du nerf optique favorisent considérablement la complication oculaire.

Existe-t-il des cas de névrite optique arsenicale que n'expliquent pas les facteurs étiologiques que nous venons d'indiquer? Autrement dit, l'*idiosyncrasie* peut-elle aussi jouer un rôle? Nous ne pouvons répondre avec certitude à ces questions. Mais ce qu'on peut affirmer, c'est que, si ces faits existent, ils sont rares. Dans treize cas de névrite optique observés par Sézary et Barbé chez des syphilitiques traités par le stovarsol sodique, ces auteurs ont toujours trouvé leur raison dans une posologie incorrecte ou dans une cause prédisposante importante. Aussi bien l'étude étiologique de la névrite optique de l'arsenic pentavalent doit-elle être reprise, en tenant compte du rôle des causes prédisposantes, trop méconnu jusqu'ici.

(*A suivre*)

DERMATOMYOMES MULTIPLES

Par J. ABRAMSON, Tallinn (Esthonie).

Les tumeurs de la peau à fibres musculaires lisses, surtout les tumeurs de formation nette, les néoplasmes non mixtes de ce groupe, sont à présent une grande rareté. C'est Verneuil, qui en observa le premier cas et en fit une étude microscopique qu'il présenta en 1858 à la Société anatomique. Mais c'est seulement en 1880, que Besnier les décrivit minutieusement et en établit un tableau clinique strictement délimité.

Vichow, le premier, employa le mot de « myome » et il fit aussi le premier la description histologique d'un myome cutané, mais Besnier élabora la classification de ces tumeurs en les subdivisant en « myomes dartoïques » et « myomes simples » (dermatomyomes proprement dits). Sobotka en a fait la classification d'après les couches de la peau, ou plus spécialement, d'après les images partielles de la peau, dont la musculature sert de fondement à la tumeur.

Il faut distinguer d'après lui : les myomes sous-cutanés, les myomes provenant des tissus musculaires profonds (myomes dartoïques de Besnier) et les myomes de la musculature organique du chorion.

Del-Vivo et Pasini proposèrent une classification différente. Il me semble possible de résumer toutes ces propositions, en classant les tumeurs, qui nous occupent, de la façon suivante : 1° myomes sous-cutanés ; 2° myomes mixtes ; 3° myomes dartoïques (Besnier), et 4° dermatomyomes.

1° *Les myomes sous-cutanés* prennent les muscles des vaisseaux pour point de départ. Ils gravitent isolément, sont de grosse dimension par rapport aux autres myomes et leur tableau clinique est facilement reconnaissable. Le myome était (sur la tête d'un enfant) de la grosseur d'une mandarine dans le cas Mark ; de la

grosseur d'un œuf de pigeon dans le cas Sehrt (sur la joue), mais il y a aussi des cas de plus petit volume chez Harel, qui nous cite trois cas : 1° au côté interne du genou droit une petite tumeur sous la peau grosse comme un haricot ; 2° au-dessus de la malléole externe de la jambe gauche, chez une femme de 50 ans ; la tumeur est grosse comme une noisette et 3° derrière la malléole externe du pied gauche, chez une femme de 30 ans, sous la peau une petite tumeur de la grosseur d'une lentille. Jardet nous communique aussi le cas d'une petite tumeur sous-cutanée douloureuse située à la partie externe du genou droit. Malherbe et Heurtaux présentent à la Société anatomique de Nantes, le premier une petite tumeur un peu aplatie, grosse comme un pois, le second une petite tumeur, qui occupait la partie interne de la jambe droite, chez une femme de 55 ans. Santesson décrit une tumeur située sur le côté externe de la cuisse droite d'une femme de 38 ans.

2° *Les myomes mixtes.* — Du tissu musculaire est souvent enchevêtré avec les éléments des tumeurs de la peau. Virchow nous signale un cas de myome télangiectode (12 petites tumeurs, dont la plus volumineuse atteint la grosseur d'une prune). Pasini décrit un myome angiocaverneux, Czerny a noté des fibres musculaires dans des neuromes. Axel-Key constate, sur la face palmaire de la main droite, une tumeur myofibromateuse lymphangiectasique du volume d'une grosse noix muscade. Chambard et Gouilloud parlent d'un homme adulte, qui portait au-dessous de la pointe de l'omoplate gauche une tumeur arrondie et aplatie supportée par un pédicule d'un centimètre de largeur. Au microscope on pouvait la diviser, en une zone centrale, une zone moyenne et une zone périphérique. La zone centrale rappelait la constitution du molluscum. Dans la moyenne on trouvait des cellules musculaires et dans la zone périphérique des foyers xanthomateux. Kopyloff trouva dans une tumeur des fibres musculaires et sarcomateuses. Babès trouva un mélange de myomes et de kéloïdes. Migliorinis nota un fibromyome télangiectode, Sobotka un angiomyofibrome chez une fillette de 13 ans sur le mollet gauche.

3° *Les myomes dartoïques* se développent surtout aux endroits, où les muscles de la peau atteignent une certaine profondeur, par exemple, au scrotum (*tunica dartos*), aux grandes lèvres, dans la glande mammaire. Ces myomes se rencontrent soit isolés soit en

groupes assez importants. La littérature nous en décrit plusieurs cas. Challand a observé à la partie supérieure de la face externe du scrotum une petite tumeur pédiculée, ayant la forme d'une amande, et chez une femme une tumeur de la grande lèvre gauche, qui avait la forme d'un ovoïde, très allongé et un peu aplati. Sokoloff a vu un myome nævicellulaire du mamelon droit, gros comme une noix muscade, long d'un pouce, large d'un demi-pouce. Klob signale deux cas de myomes cutanés de la région mammaire chez des femmes; dans le premier cas le myome était gros comme une pomme, dans l'autre il ne dépassait pas le volume d'une cerise. Förster décrit une tumeur (fibromyome) du scrotum, du diamètre de 1 cm. 1/2, pédiculée. Valude, rapporte le cas d'une femme de 45 ans, qui était porteuse d'une tumeur de la grande lèvre droite, indolente, de la grosseur d'une noisette, laquelle se transforma ultérieurement en une tumeur du volume d'une mandarine. Phélisse, signale un homme, qui porta pendant 15 ans une petite tumeur, arrondie, appendue au côté gauche du scrotum. Cette tumeur est aujourd'hui de la grosseur d'une noisette ; elle est pédiculée.

4° *Les dermatomyomes* se rencontrent isolés ou multiples. Les tumeurs isolées sont signalées par Audry, par Herzog, par Spillmann et Michon (dans le cas de ces auteurs la tumeur évolua sur une cicatrice de pustule de variole et devint grosse comme une noisette), par Del-Vivo (sur la poitrine après un traumatisme), par Hayn (sur la joue, de la grosseur d'un œuf de pigeon), par Jesionek et Werner (nævus myomateux), deux cas par Pautrier (une petite tumeur solitaire du tiers supérieur de la cuisse, et une tumeur sur l'avant-bras grosse comme une noisette). Le cas de Cerny et Pilate est très intéressant : une femme de 50 ans avait une petite tumeur située à la face externe de la cuisse droite au tiers inférieur. Elle était ovoïde de la taille d'un gros œuf de poule, située dans le vaste externe droit immobilisé par la contraction du quadriceps. On trouva pendant l'opération, que la tumeur, comprise dans le vase externe, immédiatement au-dessous du *fascia lata* était très limitée et fort peu adhérente.

On rencontre très rarement les dermatomyomes sous leur forme pure et ils présentent un tableau clinique et anatomo-pathologique très typique. C'est pourquoi j'ai cru devoir en faire une description

minutieuse. J'ai pu trouver dans la littérature périodique, dont je disposais 41 cas (1) parfaitement prouvés par le microscope. Ces cas apparaissent isolés, mais chacun contribue plus ou moins à faire connaître cette maladie curieuse. Mais il faut noter, que nos études à ce sujet sont loin d'être finies et c'est pourquoi chaque nouveau cas est intéressant et important à signaler.

Le cas que j'ai à communiquer est le suivant :

A. K..., 32 ans, marié, polonais. Les maladies infantiles (rougeole, scarlatine) mises à part, il a toujours été bien portant. Il a cru que les tumeurs, apparues sur son dos, ne représentaient que des petites verrues et il n'y fit pas attention, vu qu'elles ne le faisaient pas souffrir. Il ne pouvait établir d'une façon précise leur début. Elles commencèrent à être douloureuses il y a cinq ans seulement. Les douleurs étaient causées par le frottement des habits, par le froid, par le changement de température ; ensuite elles apparurent spontanément, surtout pendant la nuit, et le privèrent de sommeil. Les douleurs se maintenaient à la surface de la peau et n'irradiaient pas dans le voisinage. Elles duraient tantôt peu de temps (1-5 minutes) et tantôt plus longtemps (une demi-heure). Pendant le jour ou la nuit, il survenait de deux à quatre crises douloureuses.

L'homme est au-dessus de la moyenne, de forte corpulence, assez chargé de tissu graisseux, les muscles bien développés. Les organes internes sont normaux. La peau est normale.

Sur la peau, du côté droit du dos, au niveau de la première vertèbre lombaire, à 3 centimètres de la colonne vertébrale, on voit une bande de peau de 4 centimètres de large sur 9 centimètres de haut, sur laquelle se trouve un groupe de 11 tumeurs de la grosseur d'une noisette et plusieurs petites. Il faut noter qu'on y trouve toute la gamme de grosseur entre ces deux dimensions. Les plus grosses nodosités sont rouges ou violacées, d'autres sont marron et les petites de couleur normale. Les plus grosses tumeurs sont rondes et s'élèvent aussi en rond au-dessus de la peau. On ne peut soulever la peau au-dessus des tumeurs, mais ces dernières peuvent être repoussées au-dessus du tissu sous-cutané. Les nodosités sont dures. La pression sur les petites tumeurs n'est pas douloureuse, mais les douleurs sont très fortes, quand on presse les plus grosses, surtout si cette pression est latérale. La douleur persiste dans l'étendue des nodosités, mais ne se propage pas à côté. La peau correspondante n'est pas plus sensible qu'ailleurs.

Ce cas étant le second que j'ai pu étudier, je n'ai eu aucune difficulté

(1) Je n'ai trouvé dans aucun ouvrage la moindre allusion à deux cas, étudiés dans la littérature médicale russe. Ces cas concernent des dermatomyomes multiples ; l'un de ces cas a été décrit par B. Bogoluboff, l'autre, par l'auteur, qui prend soin de les rapporter dans le présent travail.

à le diagnostiquer, mais pour avoir toutes les preuves et en même temps, dans un but thérapeutique, j'ai extirpé les tumeurs et je les ai envoyées à l'analyse microscopique. L'anatomo-pathologiste de l'Université de Tartu (Estonie), le professeur Dr. Ucke, a eu la grande amabilité de faire une minutieuse analyse microscopique des tumeurs envoyées. Je lui dois mes très sincères remerciements. L'analyse établit le tableau suivant :

La tumeur enlevée a été durcie dans l'alcool absolu ; elle présente une nodosité de 5 millimètres de large sur 3 millimètres de profondeur, qui est englobée dans le derme et est séparée de l'épiderme par une bande de tissu conjonctif cellulaire. Dans l'épiderme sont des plis, les papilles sont conservées. Des petits nodules de 0,2-0,6 millimètre au diamètre, très serrés les uns contre les autres, sont enracinés dans le tissu conjonctif, pauvre en cellules et plein de tissu fibreux. Ces nodules consistent en fibres lisses musculaires avec des noyaux ovoïdes légèrement recourbés, disposés en faisceaux, en coupures longues, obliques et transversales. Les nodosités sont encadrées de bandes de tissu conjonctif dans lesquelles on trouve aussi des petits amas de cellules rondes du type des cellules lymphoïdes. On retrouve ici des cellules ovoïdes, ayant un protoplasma clair, ressemblant à des fibroblastes. Elles se tassent contre les parois des vaisseaux fins. A l'intérieur des nodosités on remarque des coupes de fibres nerveuses, celles-ci apparaissent tantôt seules, tantôt en groupes et toutes sont entourées de masses musculaires.

De cet examen, on peut tirer cette conclusion qu'une contraction durable des fibres musculaires pourrait exercer une pression sur les nerfs, qui provoquerait les douleurs.

Le cas Bogoluboff :

Un cultivateur, âgé de 32 ans, souffrait d'une grande quantité de petites tumeurs dures qui se trouvaient sur la partie extérieure du bras gauche, sur la poitrine, le dos et en partie sur le côté gauche de l'abdomen. Les plus grandes tumeurs atteignaient la grosseur d'une noisette et même d'un œuf de pigeon. Ces tumeurs existaient depuis l'enfance et grandissaient très lentement. Les plus grosses étaient devenues douloureuses depuis longtemps. Cependant la peau sur les tumeurs avait une sensibilité amoindrie et le sens de la température surtout était touché. L'examen microscopique a démontré que les tumeurs consistaient en des fibres musculaires lisses, les vaisseaux n'étaient pas altérés. Dans la circonférence et sur la périphérie des tumeurs se trouvaient des fibres élastiques. Il y avait peu de tissu conjonctif. Les fibres musculaires des tumeurs semblaient être très apparentées aux muscles *arrectores pilorum* et des glandes de la peau.

Le cas Abramson :

Le malade est un cultivateur âgé de 35 ans. Les tumeurs couvrent surtout le bras droit, l'omoplate droite et moins la clavicule droite, le cou et la joue gauche. La dimension des tumeurs va de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une noix de cèdre et d'une noisette. Les petites tumeurs sont pâles, les grosses rouges ou bleuâtres. Il y a 17 ans que le malade s'est aperçu de ces tumeurs ; à cette époque, elles n'étaient pas douloureuses. Les tumeurs grandirent lentement et quand elles atteignirent leur volume actuel, des douleurs se firent sentir à la pression, au changement de température et aussi spontanément. La sensibilité est d'autant plus grande que les tumeurs sont plus volumineuses. Les troncs nerveux ne sont pas sensibles à la pression. Vu qu'aucun traitement n'a pu apaiser les douleurs et pour les examiner histologiquement j'ai résolu d'extirper les plus grosses tumeurs (8 morceaux de peau contenant environ 30 tumeurs). Il a été établi sous le microscope que ces tumeurs consistaient en fibres musculaires lisses avec peu de tissu conjonctif. Les papilles sont aplaties, l'épiderme est aminci, mais sa structure est normale. Les vaisseaux sont normaux aussi. On n'a pu constater aucun rapport net entre les fibres musculaires des tumeurs et les muscles de la peau (*arrectores pilorum*).

Après une année, le malade est revenu. Il racontait qu'il se trouvait très bien après l'opération ; il ne souffrait plus, il pouvait dormir et travailler. Mais depuis deux mois les tumeurs ont recommencé à grandir et les douleurs ont réapparu en ne lui laissant aucun répit ni le jour, ni la nuit. C'est pourquoi il me demandait de l'opérer à nouveau. Les cicatrices de la première opération étaient bien guéries, elles étaient souples et point douloureuses ; il n'y avait point de nouvelles tumeurs à leur niveau. Je lui ai de nouveau enlevé, sous chloroforme, 11 lambeaux de peau et environ 20 grandes et plusieurs petites tumeurs. Son état s'améliora de nouveau sensiblement après la deuxième opération : il a pu dormir, travailler. Il a pu regagner son domicile dans un état amélioré, probablement temporaire.

Après avoir examiné tous les cas publiés dans la littérature médicale, nous pouvons établir le tableau clinique des dermatomyomes multiples. Cette maladie consiste en un grand nombre de petits nodules dermiques, durs, lisses, isolés ou réunis en plaque. Les plus petits s'élèvent à peine au-dessus de la peau, les plus gros constituent des tumeurs de forme ronde ou légèrement allongée, dont la base est toujours large. Les tumeurs peuvent être soulevées avec la peau et former des plis assez profonds. L'épiderme est aminci, de couleur normale, rougeâtre ou bleuâtre. Quelquefois

la partie de la peau envahie par la maladie devient œdémateuse (Jadassohn, Jarisch), quelquefois elle est tendue, rèche et chaude (Brigidi et Marcacci), mais dans la majorité des cas aucun changement n'a lieu.

Ces tumeurs peuvent se développer à tout âge et l'âge avancé n'est ni plus ni moins favorable à leur apparition. Beaucoup de cas ont été décrits où la maladie commença dès le plus jeune âge (le deuxième cas Jadassohn, les cas Jarisch, Bogoluboff, Fritz). Hess nous dit que sa malade fut atteinte dès l'âge de 4 ans et dans le cas Kretzmer même à partir de la deuxième année. La plupart des cas se développent entre 20 et 35 ans. Il faut noter qu'il est généralement très difficile de situer exactement le début de cette maladie, parce qu'elle ne cause pendant une longue période de temps aucune souffrance au malade ; elle peut passer simplement inaperçue.

Les dermatomyomes multiples se rencontrent dans les deux sexes, mais il faut constater, d'après nos données statistiques, que les hommes sont plus souvent atteints que les femmes (27 cas contre 15).

La maladie se développe sur différentes parties du corps : sur le dos, la poitrine, le visage et les extrémités. Les tumeurs couvrent généralement la face de flexion du membre (Sobotka, Lukasiewicz et mon premier cas) et rarement la face d'extension.

Plusieurs auteurs (Jamin, Gutmann, Beatty) soulignent que dans leurs cas la maladie s'arrête nettement et de façon bizarre juste à la ligne médiane du corps. Les auteurs désireraient trouver un rapport entre la répartition des myomes et celle des nerfs : sur le trajet des nerfs intercostaux, des nerfs cérébrospinaux (Hardaway), dans le domaine du nerf sus-orbitaire (Jarisch, Beatty) ou du nerf sciatique (Huldschinsky).

Les tumeurs se propagent, selon plusieurs autres auteurs, sur des lignes nettement définies, qui coïncident exactement avec les lignes de la poussée des cheveux et les plis de la peau. Un cas de ce genre a été signalé par Besnier ; il dit notamment : six d'entre les tumeurs étaient disposées à côté les unes des autres sur une ligne régulière menée selon la direction de l'arc costal correspondant.

Arnozan et Vaillard attirent aussi l'attention sur cette orientation

des tumeurs (selon les sillons de la peau) ; les autres (tubercules), et ce sont les plus nombreux, ont une forme oblongue, en général allongée transversalement, et se disposent en série linéaire à la suite les uns des autres. En vertu de cette disposition, la plaque se compose d'une série de reliefs et de dépressions et, dans ces dernières, on retrouve les plis normaux de l'épiderme qui sont effacés en général sur les tumeurs les plus saillantes. Dans certains sillons, ces plis sont exagérés et arrivent à constituer de véritables crevasses, sans exsudation. Hardaway a aussi observé chez son malade que les tumeurs se dispersaient en lignes et sillons à partir de la colonne vertébrale en pente descendante. Jadassohn constata dans son premier cas que les tumeurs étaient placées isolément ou les unes auprès des autres ; ces dernières étaient de forme oblongue et correspondaient dans leurs lignes raccourcies aux sillons de la peau. Wolters, Huldschinsky, Genevois, Gutmann, Beatty et Sobotka (dans son deuxième cas) soulignent les mêmes observations.

Les douleurs sont un des symptômes les plus caractéristiques et les plus marquants des dermatomyomes. Elles ne se font pas sentir au début de la maladie. Mais elles entrent en jeu aussitôt que les nodosités atteignent la grosseur de la période d'état de cette maladie. Ces douleurs apparaissent sous l'influence de l'émotion (cas Gutmann), des plus petites excitations mécaniques (pression, coup, grattage) ou thermiques (changement de température) mais aussi spontanément, tantôt en courtes crises, séparées par des périodes de calme, tantôt en paroxysmes, qui durent six heures et plus. Il y a des malades qui souffrent continuellement, même pendant les périodes de calme relatif. Les douleurs sont comparables à une sensation d'arrachement et font beaucoup souffrir les malades. Si la crise surgit la nuit, elle rend le sommeil absolument impossible (mon premier cas). Ces douleurs rappellent dans plusieurs cas la sensation d'une forte pression (Hardaway), dans d'autres, les douleurs du rhumatisme (mon premier cas). Chez White, les douleurs rappelaient la sensation d'un fer chaud qu'on aurait passé sur la figure. Ces douleurs commencent souvent sur quelques-uns des nodules et envahissent après toute la région atteinte. Si les tumeurs se trouvent sur les extrémités, les douleurs rayonnent sur toute la jambe ou tout le bras. Les douleurs s'abattaient sur le malade chez Sobotka quand il remuait la jambe après une inactivité prolongée.

Ces douleurs étaient accompagnées dans le cas Lukaziewicz par de la tachycardie, une sueur abondante et un sentiment d'angoisse. Des cauchemars réveillant les malades accompagnaient les douleurs dans les cas Fritz et Sobotka.

D'où viennent ces douleurs ? Il est difficile de résoudre cette question, vu qu'on n'a pu constater de fibres nerveuses au microscope dans tous les cas de dermatomyomes multiples. On les trouve rarement et souvent pas du tout. Huldschinsky et d'autres auteurs croient que les douleurs proviennent de la pression des tumeurs sur les nerfs de la région la plus proche. En effet, en faisant un examen des préparations histologiques, on a pu constater que les tumeurs exerçaient une pression de ce genre : le corps papillaire est aplati, l'épiderme qui recouvre les tumeurs est aminci, les glandes sébacées et les glandes sudoripares sont enfoncées sur les côtés et les fibres conjonctives sont comprimées autour des tumeurs. Mais si les douleurs provenaient de la pression que les tumeurs effectuent sur les tissus environnants, ces douleurs seraient continues, cependant tel n'est pas le cas. D'autre part, on cite d'autres tumeurs de la peau, de dimensions plus importantes que les dermatomyomes multiples qui ne provoquent pas de douleur. Il faudrait se ranger plutôt à l'opinion de Jadassohn, Neumann et Gutmann, qui pensent qu'il faut mettre les douleurs sur le compte de la structure spéciale des nodules, c'est-à-dire sur le compte des muscles lisses. La contraction des fibres musculaires, due à la pression ou à une modification thermique, ou spontanément, provoque dans les nerfs qui se trouvent dans les tumeurs ou aux alentours une excitation et, par là, une sensation douloureuse. Le professeur Ucke a pu se convaincre, en examinant les préparations histologiques de mon deuxième cas, qu'à l'intérieur des petits nodules se trouvaient des fibres nerveuses ; tantôt elles se trouvent isolées, tantôt en groupes et alors elles sont ceinturées de masses musculaires. Arnozan et Vaillard, Jamin, Gutmann et Covisa prouvent par leurs cas que les fibres musculaires peuvent vraiment se contracter, vu que les nodules isolés devenaient pâles pendant la crise douloureuse et redevenaient colorés une fois la crise finie.

Guttmann et Bogoluboff ont remarqué, que la sensibilité de la peau, dans l'endroit couvert de tumeurs, est amoindrie. Au contraire elle avait augmenté dans mon premier cas. Huldschinsky a

trouvé une hyperesthésie de la peau aux endroits, où s'étend le nerf sciatique et où se trouvaient les tumeurs et aussi une sensibilité douloureuse du nerf lui-même à la pression sur ses points typiques. Le malade se plaignait dans le deuxième cas de Wolters de démangeaison légère dans les endroits couverts de tumeurs. Le malade Jarisch avait des démangeaisons si fortes, qu'un impétigo se forma. Dans le cas Marschalko une forte démangeaison se déclara plusieurs jours avant le début de la maladie, elle s'atténua par la suite et disparut une fois les tumeurs formées. Les dermatomyomes multiples grandissent très lentement : la croissance dure des années, quelquefois des dizaines d'années. Mon malade (premier cas) avait des tumeurs, qui grandissaient pendant 15-17 ans et n'atteignaient que la dimension d'une noix de cèdre. Quelquefois les tumeurs se forment très rapidement (les cas Genevois, Sobotka). Le malade Marschalko déclara que ses tumeurs se créèrent d'un coup et devinrent en 8 jours grosses comme une lentille. Même si nous ne portons pas confiance à cette déclaration du malade, nous avons d'autres cas analogues observés dans les cliniques par Wolters dans le cas de son deuxième malade : il a noté une poussée soudaine des tumeurs en volume et aussi une poussée en nombre. Il faut noter qu'en général les tumeurs se forment à la périphérie des nodules déjà existants et croissent tantôt lentement et tantôt (plus rarement) par poussées. Quelquefois, au contraire, le nouveau foyer se forme loin de l'ancien. Plusieurs auteurs (Jadassohn, Huldschinsky, Nobl) ont constaté une régression progressive des tumeurs, allant jusqu'à leur complète disparition.

Le tableau histologique des dermatomyomes multiples nous démontre clairement que dans tous les cas les tumeurs se formaient presque exclusivement de fibres lisses musculaires ; dans un cas seulement (Verneuil) on signale l'existence de fibres striées et même de fibres striées spéciales, analogues à celles du cœur. Les fibres musculaires sont fusiformes avec des noyaux en forme de petites barres, situés parallèlement. Elles forment des faisceaux dans les différentes directions. Dans les préparations elles sont disposées de telle sorte, que les unes sont coupées longitudinalement, les autres suivant leur direction oblique ou transversale. La grosseur des nodules est inégale. Ces nodules se trouvent dans le derme de la

peau ou dans les couches plus profondes selon leur grosseur. Dans le premier cas de Sobotka le tissu musculaire se propageait dans la couche supérieure de l'hypoderme. L'épiderme est ordinairement aminci, la région papillaire est aplatie. Jadassohn, Lukasiewicz, Wolters, Marschalko, Nobl trouvaient une forte pigmentation de la couche de Malpighi. La présence de tissu conjonctif est diverse dans les dermatomyomes multiples. D'ordinaire le tissu conjonctif s'enroule autour de la tumeur, mais plusieurs fibres la traversent jusqu'à son milieu où elles deviennent de plus en plus fines et subdivisent la tumeur en plusieurs parties. Ce tissu est quelquefois très peu développé (Hess, Wolters), d'autres fois, comme dans le cas Brölemann il l'est tellement, qu'il prend la forme d'une capsule, englobant la tumeur.

La quantité des vaisseaux est aussi très différente. Dans les cas Brigidi et Marcacci, Lukasiewicz et White on pouvait trouver un réseau serré de vaisseaux ; il y en avait très peu dans les cas Krzysztalowicz, Bogoluboff. Les fibres élastiques des dermatomyomes multiples sont tantôt diminuées (Huldschinsky, Jamin, Gutmann, Kretzmer), tantôt absentes (Volters, Neumann, Krzysztalowicz), tantôt très développées (Besnier, Jadassohn, Heidingsfeld, Marschalko, Genevois et Sobotka). On n'a pas trouvé de nerfs dans les tumeurs d'après la plupart des investigations. Besnier, Hess, Huldschinsky et Covisa ont pu constater, qu'il y avait trace de fibres nerveuses, seules ou groupées en faisceaux à l'intérieur des petits nodules.

Plusieurs auteurs ont retrouvé, comme expliquant une consistance anormale, une infiltration dans les tumeurs. On a aussi trouvé dans mon deuxième cas des petits tas de cellules rondes du type des cellules lymphoïdes dans le tissu conjonctif et des cellules fibroblastiformes, qui se tassent contre les parois des vaisseaux fins.

Sobotka nous signale dans son premier cas une infiltration de lymphocytes et des fibroblastes. Genevois et Jadassohn trouvèrent des cellules embryonnaires. Sobotka a vu dans ses préparations des noyaux, consistants en deux petits morceaux, qui font preuve de la séparation amitotique. Marschalko décrit aussi des noyaux géants très beaux et longs. Il a pu constater une division de cellules, se déroulant devant lui et il a pu noter de temps à autre plusieurs

karyokinèses. Sobotka nous rapporte, qu'il a noté des endroits tantôt vides, tantôt remplis de détritus. Ils traversent toute la largeur de *m. m. arrectores pilorum* en diagonales et doivent être portés sur le compte d'une dégénération. White a aussi vu des foyers entiers de dégénération, pleins de noyaux recroquevillés et réduits en parcelles et un protoplasme impossible à colorer, au milieu duquel on trouvait les vacuoles. Brigidi et Marcacci ont rencontré des nodules calcaires, que l'acide acétique dissolvait en dégageant des bulles de gaz.

Les dermatomyomes multiples se développent généralement aux dépens des éléments musculaires de la peau, et de ceux des vaisseaux, du *m. m. arrectores pilorum* et des glandes sudoripares. Hardaway et Hess ont pu prouver, que les tumeurs proviennent exclusivement de l'augmentation des muscles des vaisseaux. Sobotka a pu suivre pas à pas le développement des myomes, provenant des *m. m. arrectores pilorum*, de même Wolters et Jamin, Roberts, Savatard, Covisa et Bruhns ont pu le voir avec presque autant de certitude. Huldschinsky observa, que la tumeur provenait du *m. m. arrectores pilorum* et des glandes sudoripares, Wolters nota qu'elle prenait naissance des *m. m. arrectores pilorum* et des muscles des vaisseaux.

L'étiologie de ces tumeurs n'est pas encore établie. Les cas décrits ne peuvent établir, s'il s'agit d'hérédité, si c'est l'âge ou la profession qui en sont la cause première. On a noté que dans le cas Jadassohn la maladie se développa sur une cicatrice de vaccin, dans le cas Heidingsfeld après une contusion. Les malades de Hardaway et Kretzmer étaient sujets à des changements de température (Mercier, chauffeur), et la malade de Besnier était blanchisseuse.

Les dermatomyomes multiples sont diagnostiqués d'après les données du tableau clinique ; ils se présentent au début sous forme de petites tumeurs rougeâtres, atteignant plus tard la dimension de noisettes et se développant lentement pendant des années. Leur nombre croît tantôt vite, tantôt plus lentement. Leur couleur est rouge bleuâtre ou brunâtre.

Elles deviennent douloureuses à la pression et au changement de température, mais ces douleurs peuvent aussi être spontanées. Les petits nodules ne sont pas ou peu douloureux, les gros le sont beau-

coup. Les tumeurs sont multiples, rêches et facilement mobilisables sur leur base. Les tumeurs peuvent se propager sur toutes les parties du corps et aussi sur ses grandes surfaces. Elles peuvent être groupées ou isolées.

On peut se tromper et prendre les dermatomyomes multiples pour des fibromes *molluscum*, pour des kéloïdes, pour des neurofibromes ; un examen microscopique des nodules extirpés s'impose pour obtenir un diagnostic certain.

Le pronostic *quo ad vitam* est bon dans cette maladie, vu que les tumeurs se développent lentement et sont en général de nature bénigne. Les myomes n'ont pas de retentissement funeste sur l'état général et n'altèrent pas la santé. Ils ne se généralisent pas et enlevés ne récidivent point. Le pronostic *quo ad valetudinem completam* est nettement défavorable, vu que les tumeurs se propagent avec le temps et s'accroissent en nombre et volume. En devenant plus volumineuses, les tumeurs deviennent très douloureuses. Ces douleurs privent le malade de la possibilité de travailler, lui interdisent le sommeil et ne cèdent à aucun traitement, sauf à l'intervention chirurgicale.

Les douleurs cessèrent dans les cas Huldschinsky, Crocker, Hardaway et celui de l'auteur après l'extirpation des tumeurs, mais elles reprirent aussitôt que les tumeurs existantes devinrent plus volumineuses ou que des tumeurs nouvelles se formèrent. On pouvait constater dans les cas Jadassohn, Huldschinsky et Nobl un arrêt dans la croissance des tumeurs et même une régression dans leur développement allant jusqu'à leur disparition. Mais cela est tout à fait exceptionnel.

Le symptôme principal contre lequel on a à lutter ce sont les douleurs, mais tous les traitements jusqu'à présent sont restés inefficaces. Tous les auteurs tombent complètement d'accord à ce sujet et disent que les remèdes externes et internes n'apportent aucun soulagement à la souffrance du malade. Sobotka a injecté une solution alcoolique de 10 0/0 de thiosinamine et aussi de l'hydroquinone à son malade pendant un mois et demi et il n'a pu obtenir le moindre résultat. Gutmann et Sobotka ont soumis leurs malades à des traitements de rayons de Rœntgen sans plus d'effet. Roberts a le premier essayé de traiter cette maladie par l'électrolyse à haute fréquence et il a vraiment pu la vaincre (à l'oreille), mais il n'a pu

empêcher la croissance de nouvelles tumeurs, Sobotka a recommencé cette expérience. Il n'a pas utilisé de courant fort, néanmoins le traitement causa de telles douleurs au malade qu'il perdit connaissance. C'est pourquoi il lui injecta avant le traitement du chlorhydrate de cocaïne o gr. 02 et l'électrolyse devint supportable. Il put déjà noter à partir du troisième jour que la douleur s'amoindrissait et dans une semaine ou un peu plus tard la pression devint moins douloureuse. En général, après un traitement de 2 mois et demi, Sobotka a pu obtenir une amélioration sensible au point de vue douleurs, mais pas de guérison complète. C'est pourquoi nous ne disposons en dernière instance que de l'intervention chirurgicale en qualité d'aide efficace. Mais on ne peut pas y avoir recours dans les cas où la maladie couvre de grandes parties de la surface du corps (les cas Sobotka, Strempel et mon premier malade). Il faut alors avoir recours à des opérations partielles successives.

Mais vu que les grosses tumeurs seules étaient douloureuses dans mon premier cas, j'ai pu les extirper à plusieurs endroits de la peau malade, et vraiment mon malade a pu vivre un an sans douleurs, il a pu bien dormir et vaquer à toutes ses besognes. Plus tard, quand en croissant les petites tumeurs devinrent grosses et douloureuses il vint de lui-même me demander de les extirper à leur tour. Je l'ai fait et sa vie redevint tolérable et son état général s'améliora. Dans le cas Hardaway les douleurs s'enrayèrent pendant 8-9 ans après l'opération.

Je trouve, qu'une telle intervention chirurgicale est meilleure qu'un traitement de deux mois et demi par l'électrolyse, douloureux et douteux quant à ses résultats.

BIBLIOGRAPHIE

Myomes divers.

1. Virchow. — Ueber cavernœse Geschwülste und Telangiectasien. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, t. VI, 1854.
2. Fœrster. — *Wiener medizinische Wochenschrift*, t. IX, 1858.
3. Virchow. — Die krankhaften Geschwülste. *30 Vorlesungen an der Universität zu Berlin*, t. III, 1864-1865.
4. Klob. — *Pathologische Anatomie, der weiblichen Sexualorgane*, 1864.
5. Challard. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1871.
6. Santesson. — *Hygiea Sv. læk. sællsk. færhandl.*, 1873 (d'après Harel).

- 7. Sokoloff. — Myoma laevicellulare (leiomyoma) der rechten Brustwarze. *Virschow's Archiv*, t. LVIII, 1873.
8. Marcano. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1873.
9. Czerny (V.). — Eine Elephantiasis arabum congenita mit plexif. Neuromen Langenbeck's. *Archiv für klinische Chirurgie*, t. XVII, 1874.
• 10. Harel (L.). — Contribution à l'étude des tubercules sous-cutanés douloureux. *Thèse de Paris*, 1881.
• 11. Axel-Key. — Fall of myofibroma lymphangiectaticum subcut., digiti III. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1882.
12 Chambard et Gouillond. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1883.
. 13. Babes (V.). — Das Myom der Haut. Ziemssens. *Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie*, t. XIV, 1884.
14. Jardet. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1884.
15. Malherbe. — *Bulletins de la Société anatomique de Nantes*, 1884.
16. Heurtaux. — *Ibidem.*
17. Valude. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1884.
• 18. Phelisse. — Contribution à la connaissance des tumeurs de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. *Thèse de Paris*, 1887.
• 19. Mark (S.-A.). — Un cas de léiomyome congénital avec quelques notices sur la statistique des tumeurs chez les enfants. *Wratch*, nos 7-8, 1891.
• 20. Audry (Ch.). — Note sur un lio-myome solitaire de la peau. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1898.
• 21. Herzog (M.). — A case of myome of the skin. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, t. XVI, 1898.
22. Migliorinis (G.). — Fibromioma teleangectode della pelle. *Giorn. Ital. della mal. della pelle*, 1904.
• 23. Sehrt (E.). — Subkutane Leiomyome der Wange und ihre Hystogenese. *Beitrœge zur klinischen Chirurgie*, t. LIV, 1907.
24. Ueber einen Fall von angio-cavernœsen Myom der Haut. *Monatshefte für practische Dermatologie*, t. XLIV, 1907.
• 25. Jesionek und Werner (A.) — Nævus myomatosus. Histopathologie eines solitæren Myoms der Haut. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. LXXXVIII, 1907.
• 26. Kopyloff (N.). — Le myome de la peau avec transformation sarcomateuse. *Roussky Wratch*, n° 27, 1908.
27. Hayn (Fr.). — Zur Kenntnis des destruirenden Myoms der Haut. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CV, 1911.
28. Géry et Pilate. — Myome de la cuisse. *Bulletins de la Société anatomique*, t. XVI, 1914-1919.
29. Sobotka (P.). — Zur Kenntnis der Myome der Kutis und der subkutis. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CXVI, 1919.
30. Pautrier (M.). — Deux cas de dermatomyôme. *Bulletins de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie.* Réunion dermatologique de Strasbourg. Séance du 12 janvier 1923.
31. Spillmann (L.) et Michon (P.). — Les myomes cutanés. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1924.
32. Del-Vivo. — Contribution à l'étude des myomes cutanés. *Giorn. ital. di Derm. e Sif.*, fasc. 11, 1925.
33. Darier. — *Tumeurs de la peau.*

Dermatomyomes multiples.

1. Verneuil. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1880 (d'après Besnier).
2. Besnier (E.). — Les dermatomyomes (fibromyomes, liomyomes ou myomes cutanés). *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1880 et 1885.
3. Arnozan et Vaillard. — Myomes à fibres lisses, multiples, confluents et isolés de la peau *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. XI, 1881.
4. Brigidi et Marcacci. — Dei miomi cutanei. Imparziale. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1882, t. III (Analyse par Jullien).
5. Hess (K.). — Ein Fall von multiplen Dermatomyomen an der Nase. *Virchow's Archiv*, t. CXX, 1890.
6. Jadassohn (J.). — Zur Kenntnis der multiplen Myome der Haut. *Virchow's Archiv*, t CXXI, 1890 (deux cas).
7. Lukasiewicz (W.). — Ueber multiple Dermatomyome. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. XXIV, 1892.
8. Wolters (M.). — Ueber multiple, Myome der Haut (deux cas). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. XXV, 1893.
9. Jarisch (A.). — *Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Geselschaft*, V Kongress (Sitzung 25, IX, 1895).
10. Crocker (H.). — A case of myoma multiplex of the skin. *The British Journal of Dermatology*, t IX, 1897.
11. Neumann. — Ueber multiple Dermatomyome. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. XXXIX, 1897.
12. White (Ch.). — Liomyoma cutis. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, t. XVII, 1899.
13. Marschalko. — *Monatshefte für practische Dermatologie*, t. XXXI, 1900.
14. Leslie Roberts. — *British Journal of Dermatology*, t. XII, 1900.
15. Huldschinsky (K.). — Dermatomyome. Inaug. Dissertation 1901. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. LXXIV, 1905.
16. Jamin (F.). — Ein fall von multiplen Dermatomyomen. *Deutsches Archiv für klinische Medizin.*, t. LXX, 1901.
17. Brœlemann. — Ein Fall von multiplen Dermatomyomen. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. LXX, 1904.
18. Hardaway (W.). — *The Amer. Journal of the med. Sciences*, avril 1886.
19. Hardaway (W.). — *The Journal of cutaneous diseases including syphilis.* New-York, t. XXII, 1904.
20. Whitfield. — Multiple myoma cutis. *The British Journal of Dermatology*, t XVII, 1905.
21. Genevois (E.). — Contribution à l'étude des myomes cutanés. *Thèse de Lyon*, 1905.
22. Nobl (G.). — Myomatosis cutis disseminata. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. LXXIX, 1906.
23. Gutmann (C.). — Zur Kenntnis der multiplen Dermatomyomen. *Dermatologische Zeitschrift*, t. XIII, 1906.
24. Krzysztalowicz (F.). — Ein Fall von Myomatosis cutis disseminata. *Monatshefte für practische Dermatologie*, t. XLII, 1906.

25. Bogoluboff (W.). — *Myomes multiples de la peau*. Chirurguia, t. XIII, 1907.
26. Heidingsfeld (M.). — Myomata cutis (deux cas). *Journal of the Amer. Medic. Associat.*, t. XLVIII, 1907.
27. Beatty (V.). — A case of multiple Leiomyomata of the skin. *The British Journal of Dermatology*, t. XIX, 1907.
28. Mac Leod. — Multiple leiomyomata of the skin. *The British Journal of Dermatology*, t. XX, 1908.
29. Sobotka (P.). — Klinische, histologische und vergleichende Beiträge zur Kenntnis der Kutismyome. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. LXXXIX, 1908.
30. Fritz (M.). — Zwei Fælle von multiplen Kutismyomen. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. XCIX, 1910.
31. Kretzmer (E.). — Ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen Dermatomyome (Kutismyome). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CVII, 1911.
32. Sobotka (P.). — Zur Kenntnis der Myome der Kutis und der Subkutis. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CXVI, 1919.
33. Abramson (J.). — Les léiomyomes multiples cutanés. *Roussky Wratch*, nos 46-47, 1913.
34. Savatard. — Leiomyoma. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, juillet 1920.
35. Bruhns (G.). — Zur Kenntnis der Dermatomyome. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, 1928.
36. Strempel. — XV Tagung der Deutschen Dermatologischen Geselschaft (Bonn). Sitzung 7 september 1927. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLV, 1928.
38. José (S.). Covisa. — Los miomos cutaneos. *Actas Dermo-Sifilograficas*, Madrid, nº 9, 1930.
38. Louste, Levy-Frænckel et Cailliau. — Dermatomyomes à disposition systématisée. *Bulletins de la Société française de la dermatologie et syphiligraphie*, Séance du 10 mars 1932.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en décembre 1932.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

La « réaction d'éclaircissement » dans la syphilis (M. K. R.), par E. MEINICKE. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLIX, nº 6, décembre 1932, p. 753.

M. décrit les techniques des divers types de réactions que l'on peut pratiquer avec un seul antigène : réaction d'éclaircissement qui peut se lire rapidement au bout d'une heure et demie à la loupe ou au bout de 24 heures à l'œil nu, qui est la moins sensible, jusqu'aux réactions microscopiques ou à la technique de centrifugation, méthodes d'investigation très fines. Par ces formes délicates de la M. K. R. on atteint à la limite de spécificité de la réaction. La sensibilité de la réaction d'éclaircissement correspond à celle de la réaction standard de Kahn, et de la réaction de conglomération de Müller. Les autres formes de la réaction donnent des résultats tels qu'aucune des réactions actuellement connues de la syphilis n'en peut donner aussi régulièrement de semblables. H. RABEAU.

Les quelques cas de syphilis apparente chez le cobaye, par J. VAN HAELST. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLIX, nº 6, décembre, 1932, p. 778.

L'auteur a inoculé des cobayes non seulement avec du matériel riche en tréponèmes mais aussi avec des ganglions spécifiquement infectés et observé des manifestations syphilitiques cliniques. Inoculé avec du matériel riche en tréponèmes, le cobaye ne présente qu'une réceptivité relativement faible. Les seules techniques d'inoculation suivies de succès furent la scarification ano-génitale, l'injection intradermique à la région génitale, l'inoculation sous la peau du scrotum ou de la grande lèvre, l'inoculation intratesticulaire. Elles permirent de voir apparaître soit après primo-inoculation, soit après premier ou second passage, des papules, nodules et ulcérations riches en tréponèmes. L'évolution de ces primo-lésions concorde sensiblement avec celle de la symptomatologie initiale de la syphilis chez l'homme.

L'inoculation au moyen de matériel ganglionnaire réussit par voie intratesticulaire ; les manifestations cliniques furent comparables à celles observées après inoculation de matériel riche en tréponèmes, seulement l'incubation fut plus longue.

Néanmoins H. considère la syphilis génitale du cobaye comme une affection localisée et ne dépassant guère les régions avoisinantes, y compris les ganglions inguinaux. Ce fait pourrait être attribué à la réceptivité relativement faible du cobaye pour le virus syphilitique.

H. RABEAU.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Etude de l'action préventive du stovarsol (acide acétyloxyaminophénylarsinique) dans la syphilis expérimentale, par C. LEVADITI, J. G. METZGER et R. SCHŒN. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 96e année, 3e série, t. CVIII, no 39, 20 décembre 1932, pp. 1605-1618, 4 fig.

Ce travail résume tout l'historique de la question depuis les premières recherches de Levaditi et Navarro-Martin, celles de Worms, de Kolmer et de Mlle Rule.

Des recherches nouvelles ont montré aux auteurs que le stovarsol « administré *per os*, à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 par kilogramme, confère un état réfractaire antisyphilitique se manifestant de 1 à 7 jours au moins après l'inoculation infectante. Cet état réfractaire se traduit par l'absence de syphilome au point d'inoculation, et par la stérilisation des ganglions lymphatiques périphériques. Sous l'influence de la médication stovarsolique les tréponèmes inoculés, quoique présents dans le greffon jusqu'au 46e jour, subissent des altérations involutives et, dans la grande majorité des cas, n'offrent aucune tendance à envahir les tissus de l'animal-hôte (ainsi qu'il advient lorsque les parasites sont introduits sous le scrotum des lapins non traités). Les germes sont détruits sur place et de ce fait perdent leur virulence initiale. Quoi qu'on en ait dit, le stovarsol ne décapite pas la syphilis, mais la stérilise réellement si l'on a soin de l'administrer à des doses suffisantes et si le traitement prophylactique est institué à temps. »

Ces derniers résultats ont été obtenus chez des lapins traités avec le stovarsol de fabrication industrielle moderne et inoculés uniquement avec des tréponèmes pâles provenant de la souche Truffi.

A. BOCAGE.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Les preuves de l'allergie mycosique, intradermo-réaction et vaccination spécifique, par JAUSION, DE LIMA, GUILLAUD-VALLÉE et PAGÈS. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 48e année, no 32, 19 décembre, p. 1583.

C'est en 1902 que Plato et Misser démontrèrent l'allergie dans les mycoses. Truffi en 1903, puis Bruno Bloch et Mansini, en 1909, Jadassohn, Grenbaum, Ravaut et ses collaborateurs montrèrent toute l'importance des réactions allergiques dans les mycoses. Depuis de longues

années, J. poursuit aussi de belles recherches sur l'allergie mycosique. La seule méthode d'investigation jusqu'ici pratiquée pour affirmer l'allergie d'un organisme parasité par les champignons inférieurs est l'intradermo-réaction à la trichophytine. Il prépare une « tricho-épidermophytine standard » complètement exempte d'albumine, qui lui donne des réponses significatives que ne faussent point les pseudoréactions protéiniques. Pour lui, une réaction moyennement positive est caractérisée à la 36e heure par une érythémato-papule centrale du diamètre d'une pièce de 50 centimes, et un halo de rougeur diffuse sur un diamètre de 5 centimètres.

Néanmoins, comme autre preuve de l'origine mycosique d'une dermatose, les auteurs proposent le traitement par leur clasine mycosique, vaccin d'un type nouveau ne possédant pas de propriétés antigéniques. Cette cure suffisamment prolongée parvient non seulement à blanchir les dermatomycoses, mais encore à négativer l'intradermo-réaction chez ces malades. Ces deux méthodes, intradermo-réaction et traitement par les clasines, permettent d'apprécier toute l'étendue du domaine de l'allergie mycosique. H. Rabeau.

L'allergie mycosique dans le lichen plan, par Jausion, Guillaud-Vallée et Pecker. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 48e année, no 32, 19 décembre 1932, p. 1592.

Dès juillet 1930, Jausion, Sohier et Lartigue pensaient que le lichen plan pouvait être une allergide mycosique. Leurs observations sont venues confirmer cette présomption. Sur 21 cas de lichen plan, l'intradermo-réaction tricho-épidermophytique s'est toujours montrée positive. 19 de ces lichéniens sont à guérison après une cure par la clasine mycosique. L'éruption lichénienne peut naître à distance du chancre parasitaire, parfois enfin au lieu même où s'est développée la mycose initiale. Quant au lichen buccal, son éclosion peut être secondaire à un chancre mycosique initial du tégument. Il pourrait aussi être éveillé par tout contact de la muqueuse avec l'antigène mycélien ; la stomatite lichénienne pourrait n'être parfois qu'une stomatite mycosique. Ainsi le lichen plan leur est apparu comme la séquelle allergique d'une mycose, mais sa papule s'est toujours montrée stérile. « La réaction d'un tégument prédisposé, vis-à-vis des poisons solubles d'un champignon, pourrait se faire, grâce à l'entremise vago-sympathique, selon des « neurones sensibles ». Ainsi s'expliqueraient : la poussée lichénienne, ses rapports avec les mycoses, la positivité de la trichophytinoréaction et l'efficacité des cures myco-vaccinales. »

H. Rabeau.

L'allergie mycosique dans le psoriasis, par Jausion et Guillaud-Vallée. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 48e année no 32, 19 décembre 1932, pp. 1599.

Pour ces auteurs, le psoriasis serait dans la majorité des cas une

mycoside. Le plus souvent, c'est une épidermophytide, parfois une microsporide ; mais d'autres antigènes peuvent intervenir (toxine streptococcique). La parakératose psoriasique est toujours stérile.

Sur 54 cas observés : 37 (68 o/o) étaient porteurs d'épidermophytie inguinale et d'intertrigo mycosique ; 44 (80 o/o) ont réagi très positivement à une mycotoxine ; 45 ont obéi au traitement myco-vaccinal ; 29 ont été intégralement blanchis par la seule clasine polymycosique (50 à 70 injections intramusculaires) ; 25 malades ont été améliorés par une cure mixte (psothanol et vaccin). H. Rabeau.

La névrite optique et l'arsenic pentavalent, par A. Sézary et de Font-Reaulx. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 48 année, n° 32, 19 décembre 1932, p. 1610.

Afin de préserver les malades traités par l'arsenic pentavalent de cette complication oculaire, les auteurs ont étudié les conditions dans lesquelles elle survient. Cette névrite se produit très rapidement, en quelques jours, se manifestant par des troubles subjectifs (phosphènes), des troubles fonctionnels (rétrécissement du champ visuel, baisse de l'acuité, amblyopie). Ce n'est qu'un certain temps après le début des troubles visuels qu'on observe la décoloration papillaire. Cette symptomatologie la différencie nettement des névrites rétro-bulbaires et tabétiques.

Les différents dérivés de l'acide arsénique, s'ils sont tous capables de provoquer une névrite optique, ne sont pas tous également dangereux. Cet accident est généralement dû à l'emploi de doses trop fortes par injection ou de doses normales trop rapprochées, ou à l'introduction par voie intraveineuse. L'existence d'une lésion antérieure de la rétine ou du nerf optique, l'existence d'une lésion antérieure du système nerveux, d'une lésion rénale ou hépatique, favorisent grandement son apparition. De nature toxique, ainsi que le prouvent l'histologie, l'expérimentation, la symptomatologie, on pourra, dans certains cas rares, discuter le rôle d'une réactivation. Il y a donc lieu d'apporter la plus grande prudence dans l'emploi de la médication, une grande attention dans la recherche des contre-indications, une grande rigueur dans la posologie que Sézary et Barbé ont bien précisées.

H. Rabeau.

Etude sur quelques cas de névrite optique arsenicale, par Sézary et Barbé. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 48e année, n° 32, 19 décembre 1932, p. 1617.

Ayant eu l'occasion d'observer personnellement 13 cas de névrite optique chez des syphilitiques traités par l'arsenic pentavalent (tryparsamide, stovarsol, acétylarsan, etc...), ces auteurs ont pu retrouver dans chacun d'eux une posologie incorrecte ou une contre-indication méconnue. La complication oculaire indique une fragilité spéciale du nerf et nécessite l'abstention définitive de l'arsenic pentavalent. Il ne s'agit pas de réactivation, comme le montre l'examen du liquide céphalo-rachidien pratiqué dans 5 cas avant et après les accidents. Toutes

leurs constatations sont en faveur de la nature toxique de la névrite optique de l'arsenic pentavalent. H. Rabeau.

Sclérodermie avec concrétions calcaires sous-cutanées, télangiectasies (syndrome de Thibierge-Weissenbach). Parathyroïdectomie bilatérale. Bon résultat, par P. Mathieu, M. Pinard et A. Fiehrer. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 48e année, no 32, 19 décembre 1932, p. 1644.

Intéressante observation d'un malade présentant à la fois le syndrome de Thibierge-Weissenbach, sclérodermie et concrétions calcaires, généralement considéré comme un syndrome d'hyperparathyroïdie et le syndrome de Rothmund, sclérodermie et cataracte, syndrome d'hypoparathyroïdie. En présence de cette dysparathyroïdie, un traitement pluri-glandulaire associé à un traitement bismuthique resta sans résultat. Une parathyroïdectomie bilatérale, montra des glandes en régression adipeuse physiologique normale avec légère sclérose. L'opération amena une amélioration de la sclérodactylie. H. Rabeau.

Sclérodermie avec cataracte (syndrome de Rothmund). Opothérapie parathyroïdienne. Bon résultat, par M. Pinard et A. Fiehrer. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 48e année, no 32, 19 décembre 1932, p. 1647.

Malade âgée de 19 ans présentant de la sclérodermie depuis l'enfance et des troubles cristalliniens avec légère inégalité pupillaire (avril 1932). Un traitement par injections de parathyroïde, bien supporté, a amélioré la malade. H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Un cas particulièrement rebelle de prurit vulvaire « sine materia ». Essai de traitement par résection du nerf présacré, par Cl. Simon. *Bulletin Médical*, 46e année, no 50, 10 décembre 1932.

Intéressante observation d'un prurit vulvaire pour lequel toutes les médications tentées ayant échoué, l'auteur fit pratiquer la résection du nerf présacré. Contrairement à ce qui se passe lorsque cette intervention est faite dans le cas de douleurs chez les cancéreuses, le résultat ne fut pas immédiat ; sept mois après l'intervention, le prurit existe, mais il est moindre. La lichénification a diminué, mais on ne peut parler de guérison. H. Rabeau.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

Traitement de l'hérédo-syphilis, par P. Lonjumeau. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CIII, 23e cahier, 10 décembre 1932, art. 30483.

Bonne revue générale des médicaments à utiliser, des doses à employer, des modes de traitement. L. insiste sur la nécessité de commencer le traitement le plus tôt possible dès le diagnostic posé, sur

la nécessité d'un traitement prolongé, qui sera fait aux doses les plus fortes possibles, en associant les divers médicaments spécifiques et en complétant ce traitement antisyphilitique par des traitements adjuvants.

H. RABEAU.

La Presse Médicale (Paris).

Le diagnostic de la maladie de Nicolas et Favre et l'intradermc-réaction de Frei, par A. SÉZARY et J. LENÈGRE. *La Presse Médicale,* 40e année, n° 100, 14 décembre 1932, p. 1893.

Dans cette note de médecin pratique, les auteurs montrent la symptomatologie de cette maladie qui semble avoir pris une rapide extension. Son diagnostic est souvent difficile du fait d'un polymorphisme déconcertant. La réaction de Frei vient heureusement aider à ce diagnostic. L'intradermo-réaction de Frei, dont ils indiquent la technique, est fidèle, quasi-constante, en pratique pathognomonique. On devra toujours pratiquer en même temps une intradermo-réaction avec un vaccin antichancrelleux.

H. RABEAU.

Les « levurides cutanées », par P. RAVAUT et H. RABEAU. *La Presse Médicale,* 40e année, n° 102, 21 décembre 1932, p. 1925, 8 fig.

On doit à R. la démonstration biologique du rôle pathogène jusqu'alors discuté des levures. Partant d'un extrait de cultures de levure (levurine) injecté dans le derme, il put obtenir des réactions cutanées, comparables à celles survenant spontanément chez des sujets sensibilisés. Il proposa en 1928 le nom de levurides pour ces lésions secondes, stériles, d'ordinaire symétriques, à type de parakératose survenant à distance du foyer initial. L'histoire de ces levurides, d'ailleurs, nous éclaire sur le mécanisme des réactions secondes en général. Ce mémoire résume les nombreuses recherches de R. sur ce sujet. Il décrit l'aspect, l'évolution clinique de ces lésions, leurs caractères histologiques, comment ces lésions, répondant morphologiquement aux parakératoses psoriasiformes de Brocq et rapprochées par lui de l'eczéma et du psoriasis, s'en rapprochent aussi histologiquement. Il montre sur quelles bases rigoureuses doivent s'étayer le diagnostic et l'ordre des recherches biologiques à poursuivre. Étudiant la pathogénie de ces levurides, il conclut que deux éléments entrent en jeu pour produire de telles lésions : un état de sensibilisation et l'apport au niveau des cellules épidermiques d'un corps vulnérant qui, parti de la lésion initale sous forme de toxine ou de corps microbien, atteint l'épiderme par voie sanguine. De là se déduit le traitement qui portera sur le foyer primitif d'une part et tendra à atténuer les phénomènes de sensibilisation, d'autre part.

H. RABEAU.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

L'anémie dans la maladie de Carrion, par Daniel Mackhennie. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. III, nº 12, décembre 1932, p. 967.

Dans les régions verrucogènes on observe en même temps chez des individus de même race, de même sexe, de même âge, de la même famille, la forme grave ou la forme légère indistinctement.

Comment expliquer les formes de l'anémie simple ou pernicieuse qui donnent respectivement à la maladie un caractère bénin ou malin ? Doit-on incriminer la virulence du germe ou la résistance de l'organisme ?

L'un et l'autre de ces deux facteurs paraissent intervenir. La faiblesse, la fatigue, les maladies antérieures, un manque d'acclimatement créent des prédispositions individuelles (Carrion). Noguchi admet que la gravité de l'affection est due à des susceptibilités individuelles pour la *Bartonella bacilliformis*, et aussi, dans beaucoup de cas, à une exaltation de virulence.

L'auteur se demande si les réactions produites sont l'œuvre exclusive du micro-organisme incriminé. Des germes divers l'accompagnent souvent : les bacilles similityphiques, le *Bacillus peruvianus*, le staphylocoque, le colibacille, les bacilles typhique et paratyphique, le bacille pseudo-diphtéroïde, le pneumocoque II, ces derniers isolés par Battistini. N'ont-ils pas un rôle dans la réalisation de telle ou telle forme ?

J. Margarot.

Lyon Médical.

Zona et varicelle, par J. Gaté et Chavériat. *Lyon Médical*, t. CL, nº 51, 18 décembre 1932, p. 697.

G. et C. ont observé un cas de zona lombo-abdominal chez un enfant. Cet herpès zoster s'est accompagné d'une réaction ganglionnaire très intense qui, par son siège inguinal, a égaré au début le diagnostic. Cet enfant avait déjà eu la varicelle et ne pouvait pas par conséquent être incriminé comme ayant causé deux cas de cette affection enregistrés à l'école qu'il fréquentait.

Plus d'un fait, disent les auteurs, s'oppose à la théorie uniciste.

Jean Lacassagne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Sur le bacille de la gangrène cutanée (Milian) et sur les lésions cutanées produites par ce bacille (Ueber den Bacillus gangrænæ cutis (Milian) und die durch ihn verursachten Hautveränderungen), par Paul Balog et Sevrio Cerqua. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol., CLXVI, cah. 1, 1932, p. 1, 5 fig.

Description de nombreux cas de gangrène cutanée observés en Égypte et dus au bacille de la gangrène cutanée (Milian). Les auteurs concluent que le bacille de la gangrène cutanée découvert en France par Milian joue en Égypte un rôle étiologique important dans trois formes de gangrène : dans la forme foudroyante, la disséminée et dans la gangrène cutanée secondaire. Il faut considérer le bacille de la gangrène comme agent pathogène unique pour les deux premières formes. Cela est prouvé par les résultats positifs des inoculations aux animaux, faites par les auteurs, et par les réactions sérologiques. Son rôle se borne, dans la forme secondaire, d'après l'opinion des auteurs, à une nécrose plus profonde de l'ulcération et à un ralentissement de la guérison.

Le bacille de Milian possède, avec le bacille *proteus* vulgaire, des propriétés morphologiques et culturelles communes, mais doit être séparé de ce dernier, dans un certain sens, par la différence de son action pathogène. Le germe du bacille de la gangrène cutanée constaté en Égypte est identique à celui décrit en France par Milian. Les auteurs décrivent les lésions histo-pathologiques de la forme disséminée de la gangrène cutanée : l'infiltrat débute dans les couches profondes du derme (à la limite de l'hypoderme) et s'étend aux couches supérieures. Tandis qu'on constate déjà dans la profondeur du derme une infiltration massive et un début de nécrose, on ne trouve dans les parties supérieures du derme que quelques cellules migratrices, et les vaisseaux sanguins seulement sont entourés d'un infiltrat plus dense.

Olga Eliascheff.

Contributions à l'étude des questions actuelles sur la dermatomycologie. IIe Communication. Contribution à l'étude de la microsporie (Bemerkungen zur aktuellen Frage der Dermatomykologie. IIe Mitteilung. Beitræge zur Epidemiologie der Mikrosporie), par C. L. Karrenberg. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 14.

Statistique sur la microsporie à Bonn et sur les épidémies dans les différentes villes d'Allemagne. Pour combattre les épidémies de dermatomycoses, l'auteur recommande l'introduction de la déclaration obligatoire pour chaque cas. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude sur l'histogenèse des glandes sébacées et de la graisse de la couche cornée chez le fœtus humain (Beitrag zur Histogenese der Talgdrüsen und des Hornfettes beim menschlichen Fœtus), par Henrich Reiss. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, p. 30, 2 fig.

L'auteur a examiné histologiquement la peau de 22 fœtus humains. L'examen a porté sur les glandes sébacées, la graisse de la couche cornée et le *vernix caseosa*. Les résultats furent les suivants : les glandes sébacées se développent en premier lieu dans les plis nasolabiaux et dans la peau du front, elles sont dans ces régions très grandes et leur fonctionnement est très intense. Il existe chez le fœtus deux types classiques de glandes sébacées ; elles se développent dans les parties

moyennes du chorion et descendent après plus profondément. Il se forme dans l'appareil de sécrétion des kystes à la suite de la rétention de la sécrétion. La sécrétion des glandes se transforme en *vernix caseosa.*

La couche cornée fœtale est riche en graisse qui lui est propre et est imprégnée de sebum. Les couches germinatives de l'épiderme sont pauvres en graisses. Par le Soudan III ou le Scharlachrot, les glandes sébacées fœtales et leur sécrétion prennent une teinte rouge foncé à cause de leur richesse en cholestérine. OLGA ELIASCHEFF.

Efficacité du traitement par le foie dans un cas de télangiectasies hémorragiques héréditaires (Osler disease) avec troubles hépatiques (Erfolgreiche Lebertherapie bei einem Fall von Teleangiectasia hæmorrhagica hereditaria (Osler's disease) mit Leberstœrung), par Wilhelm MILBRADT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 34.

Observation d'un cas de maladie d'Osler (télangiectasies hémorragiques héréditaires) non héréditaire chez un sujet atteint de troubles hépatiques, d'une fragilité du système capillaire et d'une tendance à une dilatation vasculaire, principalement dans la partie supérieure du corps. Amélioration très prononcée par les préparations de foie et par l'application de sangsues. La forme héréditaire rentre dans les genodermatoses, les cas isolés non héréditaires sont très probablement dus à une insuffisance hépatique, laquelle produit une prolifération des vaisseaux en état de germe. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude des ulcérations aiguës non vénériennes des organes génitaux de la femme (Ulcus vulvæ crenatum, herpes genitalis, gangrène nosocomiale, Ulcus de Welander) (Zur Kenntnis der akuten nichtvenerischen Ulcerationen des werblichen Genitales) (Ulcus vulvæ crenatum. Herpes genitalis. Nosocomialgangærn. Welander-Ulcus), par I. KUMMER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 41, 9 fig.

L'auteur donne une description clinique et anatomo-pathologique de différents ulcères non vénériens des organes génitaux de la femme et il apporte les observations de cas personnels d'*ulcus vulvae crenatum* localisé à la face interne des petites lèvres chez des femmes de tout âge, mais jamais observé chez des vierges. Dans deux cas, l'ulcère gagna le vagin. La lésion débute par une ulcération du volume d'une tête d'épingle, arrondie, recouverte d'une membrane jaunâtre, très adhérente. Les ulcérations augmentent de volume, sont rondes ou ovalaires, très profondes, avec des bords sous-minés et avec très peu d'inflammation à leur pourtour. Pas d'adénopathie, douleurs intenses. Guérison spontanée en 2-3 semaines, mais il existe de la tendance aux récidives. L'histologie montre des lésions vasculaires (artérite et phlébite). La base de l'ulcère est pauvre en micro-organismes, pas de *bacillus crassus*, mais on peut trouver et cultiver des staphylocoques et des bacilles pseudo-diphtériques. L'auto-inoculation et la transmission aux

sujets sains et aux animaux sont négatives. L'étiologie de cette lésion est inconnue.

2° Gangrène nosocomiale de Matzenauer : observation d'un cas de cette maladie chez une femme de 20 ans. Ulcération étendue, destructive, péri-génitale, avec peu d'inflammation dans le voisinage, à début brusque et guérison rapide. Il s'agit de gangrène nosocomiale très rare maintenant, démontrée par l'examen bactériologique et histologique.

3° Ulcus de Welander : observations de deux cas d'ulcérations péri-anales à début brusque, de volume très étendu, à bords lisses sans signes d'inflammation à leur pourtour. Guérison rapide.

Olga Eliascheff.

Dermatose pigmentée et papulo-verruqueuse avec dégénérescence hyaline (colloïdale ?) du tissu conjonctif (Dermatose non encore décrite) (Dermatosis pigmentaria et papulo-verrucoides mit Bendegewebs (kolloid ?) Hyalinosis (Eine bisher noch nicht beschriebene Hautkrankheit), par G. Sannicandro. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 58, 9 fig.

Description d'une dermatose pigmentée papulo-verruqueuse observée chez un homme âgé de 60 ans. Cette dermatose se distingue des formes jusqu'à présent connues par son évolution, la topographie de ses lésions, la morphologie des éléments éruptifs et par sa structure histologique. Elle se développe sans troubles généraux, ni locaux, elle a un cours chronique. Elle est localisée aux épaules, sur le dos, dans les régions des bourses et inguinales, à la face, à la surface interne des cuisses et des jambes ; elle est caractérisée par des lésions punctiformes (sur le dos et les épaules) et par des lésions papulo-verruqueuses (sur les extrémités inférieures) sous forme d'éléments folliculaires et extra-folliculaires, isolés, jamais confluents, de 2-4 millimètres de diamètre, de teinte brun chocolat, sans squames, nettement limités, à surface rugueuse, ridée. Desquamation pityriasiforme et signes de grattage dans la région inguinale et sur les bourses. L'histologie montre une hyperkératose accentuée sans parakératose, une atrophie du corps muqueux de Malpighi, des troubles de la pigmentation et la destruction du pigment dans la couche papillaire, pigment entouré d'un réseau d'éléments histiocytaires. Présence dans la couche papillaire d'une dégénérescence des fibres conjonctives, dégénérescence colloïdale, démontrée par les affinités tinctoriales et formation de masses amorphes surélevées plus ou moins grandes (lésions papulo-verruqueuses) ou aplaties (lésions punctiformes sur le dos et les épaules). Cette dégénérescence du tissu conjonctif à marche parallèle avec les troubles de la pigmentation prend naissance et se développe exclusivement dans la zone papillaire. Manque de lésions inflammatoires qui ne se trouvent qu'au pourtour des follicules pileux. Les follicules

pileux ainsi que les glandes sudoripares prennent part à l'hyperkératose. L'étiologie et la pathogenèse de cette maladie restent obscures.

OLGA ELIASCHEFF.

La valeur comparative, par des recherches parallèles sur 3 678 sérums, des réactions de Wassermann, tout spécialement avec les antigènes de Wadsworth et la réaction de Kahn, de la réaction d'éclaircissement de Meinicke et de la conglomération II de Muller (Der Vergleichswert der Wassermann-Reaktion, speziell mit Wadsworth-Extrakten, und der Kahn, Meinicke-Klærung-und Müller-Ballung-II Reaktion auf Grund von Parallel untersuchungen mit 3.678 Seren), par Margar. STERN et Toni FRANK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 76.

S. et F. ont comparé, par des recherches parallèles portant sur 3.678 sérums, la valeur de ces différentes réactions sérologiques. La concordance des réactions de Wassermann (avec les extraits de Wadsworth), de Kahn, de la réaction d'éclaircissement de Meinicke et de la réaction de conglomération II de Müller fut obtenue dans 9,3 o/o des cas. Il en résulte, en tenant compte des 4,3 o/o de discordances (173 sérums) que les réactions les plus sensibles furent : 1° la réaction de conglomération II de Müller ; 2° la réaction d'éclaircissement de Meinicke ; 3° les réactions de Wassermann ; et 4° Kahn, mais en ce qui concerne la spécificité, la première place revient à la réaction de Wassermann et après viennent les réactions de Meinicke (éclaircissement), de Kahn et, en dernier lieu, la réaction de conglomération de Müller.

OLGA ELIASCHEFF.

Eczéma séborrhéique de Unna ou Schizosaccharomycose de Benedek? VIe Communication. Sur la présence de levures anascosporées dans le contenu de bulles cutanées (Eczema seborrhoicum Unna oder Schizosaccharomysosis Benedek ? VIe Mitteilung. Ueber das Vorkommen von Spalthefen im Inhalt von Hautblasen), par W. ENGELHARDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 85.

L'auteur a essayé sans succès de démontrer la présence de levures anascosporées dans le sang humain et dans le sang du cordon ombilical des nouveau-nés. Il a aussi recherché les levures dans le contenu des bulles (leur présence a été signalée par Benedeck dans des bulles provoquées par l'emplâtre de cantharide). Benedeck a pu les cultiver et même les constater microscopiquement. L'auteur conclut que la méthode consistant à provoquer des bulles par application d'emplâtre de cantharide non stérilisé, sur la peau humaine pour un examen bactériologique, est à rejeter. Le contenu d'une bulle peut être infecté par les microbes qui se trouvent sur la peau à la suite de la ponction, il est même presque certain que la couche épidermique, qui recouvre la bulle provoquée par l'emplâtre, laisse pénétrer à l'intérieur des germes cutanés. E. critique l'opinion de Benedeck sur l'existence d'un endoparasitisme à levures anascosporées chez l'homme. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la mésaortite dans la syphilis héréditaire (Ueber Mesaortitis bei kongenitaler Lues), par Wilhelm Kerl. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 94.

L'auteur a recherché les lésions mésaortiques dans 129 cas de syphilis héréditaire. Il conclut que la mésaortite est rare dans la syphilis héréditaire, on la constate un peu plus fréquemment à l'âge avancé des sujets. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes. On n'observe qu'exclusivement les aortites familiales, on ne les trouve même pas chez les filles déjà âgées de mères présentant des lésions aortiques. Il résulte de ce fait qu'il n'existe pas d'organotropie spéciale des souches tréponémiques. L'auteur admet, pour les lésions vasculaires, une disposition tissulaire acquise, très rarement héréditaire.

Olga Eliascheff.

Nouvelles contributions à l'étude des dermatoses allergiques. Hypersensibilité vis-à-vis du lait, du blanc d'œuf, des pois, des farines de froment et de seigle, de l'ursol, du pyramidon, des poils de cheval, de chats et des plumes de literie (Weitere Beitræge zur Kenntnis der allergischen Dermatosen. Ueberempfindlichkeit gegen Milch, Eiklar, Erbsen, Weizen-Roggenmehl, Multaglut, Ursol, Pyramidon, Pferdehaar, Katzenhaar, Bettfedern), par Hans Birerstein et Hans Froelich. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 101, 1 fig.

Les auteurs apportent les observations de quelques malades atteints d'asthme et de lichen disséminé de Vidal (« prurigo de Besnier »), chez lesquels ils ont pu déterminer une hypersensibilité spécifique. Les allergènes furent : dans un cas le lait de vache et les poils de cheval, dans un autre cas les poils de chat, dans un troisième les plumes de literie et dans un quatrième le blanc d'œuf.

Dans d'autres cas de lichen de Vidal sans asthme, il existait une hypersensibilité vis-à-vis des farines de froment, de seigle et de pois. Dans un cas on a obtenu une désensibilisation. Résultat d'une transmission passive d'une hypersensibilité au pyramidon.

Olga Eliascheff.

Recherches sur la toxicité pour la souris de cultures de gonocoques obtenues de différents cas de blennorragie (Versuche über die Mæuse-Toxizitæt von Gonokokkenkulturen aus verschiedenen Gonorrhœfællen), par Margarete Stern. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 113.

L'auteur a recherché la toxicité pour la souris de cultures de gonocoques obtenus de différents cas de blennorragie sans et avec complications. Elle a pu constater de grandes différences de toxicité entre les différentes souches de gonocoques, mais la plus forte toxicité ne fut pas, en rapport avec les souches obtenues, des blennorragies avec complications.

Olga Eliascheff.

Sur le favus et son traitement. Contribution à l'étude de l'action combinée des Rayons de Rœntgen et des U. V. (Ueber Favus und seine Behandlung. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Summations wirkung von Rœntgen und U. V.-Strahlen), par V. Wucherpfennig. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 117.

La distribution géographique du favus (pour la clinique dermatologique de Munster) démontre le rôle important dans la fréquence de cette maladie, de l'invasion hollandaise, pays voisin, riche en cas de favus. L'auteur apporte les observations (localisation et formes) de 77 cas de favus, les méthodes de traitement par les rayons X, la technique quantitative et qualitative. Bons résultats obtenus en s'abstenant de toute thérapeutique médicamenteuse antimycosique, en utilisant les rayons de Rœntgen suivis d'un traitement desquamant par les rayons ultraviolets avec réactions très fortes. On constate après ce traitement une hypertrophie passagère de la repousse des cheveux, mais aucune lésion de la papille du poil. Olga Eliascheff.

Lymphogranulomatose isolée de la peau (Die isolierte Lymphogranulomatose der Haut), par Cl. Hoevelborn. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 136, 6 fig.

Description d'une lymphogranulomatose cutanée isolée datant de 8 ans sans atteinte de l'état général, chez une fillette de 10 ans. Lésions cutanées typiques histologiquement, mais absence de lésions pathologiques dans un ganglion augmenté de volume. Il faut exiger, pour pouvoir poser le diagnostic d'une lymphogranulomatose isolée cutanée, l'examen histologique de ganglions lymphatiques, même si ces derniers ne sont pas augmentés de volume. Le pronostic de cette forme de lymphogranulomatose est incertain, il semble qu'il existe des formes abortives à cours bénin malgré la guérison apparente. On trouve encore histologiquement une infiltration spécifique dans les cicatrices avec atrophie. Les tumeurs chez la malade rétrocédèrent rapidement après un érysipèle (érysipèle salutaire), mais récidivèrent très rapidement. Les tumeurs irradiées et celles à distance non irradiées réagissent aussi aux rayons de Rœntgen. L'ensemencement de tissu granulomateux sur les milieux de Lœwenstein ainsi que les inoculations aux cobayes furent négatifs. Olga Eliascheff.

Le bacille de gangrène cutanée décrit par Milian joue-t-il un rôle important dans les processus gangréneux ou de granulations de la peau ? Observations d'un cas personnel (Spielt das von Milian beschriebene Bakterium der Hautgangræn (bacille de gangrène cutanée) bei gangrænœsen oder Granulationsprozessen der Haut eine wichtige Rolle-Bericht über einen eigenen Fall), par G. Stumpke et G. Schoop. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 152, 4 fig.

Observation d'un malade atteint depuis 3-4 ans de multiples ulcérations cutanées (de 20-30) sur le tronc ; le début se fait par de petits nodules sous-cutanés qui s'ouvrent rapidement et se propagent à la

périphérie. Ce cas ne rentre ni cliniquement, ni histologiquement dans le cadre d'une simple gangrène cutanée classique, mais fut caractérisé par la présence dans les lésions d'un micro-organisme semblable à celui décrit par Milian comme bacille de la gangrène foudroyante des organes génitaux (le *bact. vulgare spec. anindologenes*) (*Proteus*). La réaction intradermique avec le vaccin spécifique fut positive ; deux injections intraveineuses du même vaccin provoquèrent une forte élévation de température, et on put observer une certaine agglutination de la souche isolée de l'ulcération cutanée du malade avec son sérum. Très grande amélioration par le salvarsan.

OLGA ELIASCHEFF.

Expériences thérapeutiques avec l'acétylcholine (Therapeutische Erfahrungen mit Acetylcholin), par Rudolf M BOHNSTEDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 163, 1 fig.

L'auteur apporte les observations de malades et les résultats obtenus par l'acétylcholine (sans autres médicaments) dans 4 cas de sclérodermie et 6 cas d'acrodermatite de Herxheimer. Amélioration très nette dans tous ces cas. Disparition rapide des troubles subjectifs. De bons résultats furent aussi obtenus dans un cas d'acrocyanose et dans 4 cas d'engelures. L'auteur a aussi traité un certain nombre d'ulcères variqueux des jambes, par l'acétylcholine, mais en même temps aussi par des pommades, il a eu l'impression que l'acétylcholine a eu une influence favorable sur la durée de cette maladie. Des mensurations faites pour se rendre compte de l'influence du médicament sur les vaisseaux dans le sens d'une dilatation, ont montré que l'on ne peut obtenir cette dilatation que par des doses élevées.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la coloration des cellules de « Sabouraud » (Ueber die Darstellung der « Sabouraud » Zellen), par K. HERXHEIMER *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 172, 2 fig.

Les cellules de Sabouraud (cellules dégénérées dans le lichen plan) se colorent plus distinctement par la méthode d'Herxheimer et Herrmann (Giemsa-Synthol ou Giemsa-Chloral) et par l'hématoxyline de Bœhmer et la fuchsine acide (1 : 100.000). On ajoute à 10 centimètres cubes de cette solution 1 centimètre cube d'acétate de soude + acide acétique (concentration des ions d'oxygène 3,2) ou d'acétate de potassium (*pH* 3,3) + acide acétique. Colorer 5 minutes.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la pyodermite chronique (Klinischer und experimenteller Beitrag zur Pyodermia chronica), par E. ZURHELLE et M RUITER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 175, 3 fig.

Observation d'un cas de pyodermite chronique à extension serpigineuse et cicatrisation en plaques après extirpation d'un foyer osseux tuberculeux du cubitus gauche. Cette pyodermite fut si tenace et prit

une telle extension qu'on fut obligé d'amputer le bras. Mais l'auteur n'a jamais pu trouver dans les ulcérations propagées à l'épaule aucun signe de tuberculose. On constata bactériologiquement la présence de streptocoques hémolytiques, du *bacillus proteus* et du *pyocyaneus*. Reproduction d'une pyodermite chronique avec inflammation phlegmoneuse par l'inoculation aux lapins, les cobayes furent plus ou moins réfractaires.
Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de la pyodermite chronique papillaire et exulcérée (formation de kystes cornés) et de son apparition dans la dermatite herpétiforme de Dühring (Zum Bilde der Pyoderma chronica papillaris et exulcerans (Horncystenbildung) und über ihr Auftreten bei Dermatitis herpetiformis Dühring), par M. Ruiter. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 184, 8 fig.

Observation d'un cas de pyodermite chronique typique, papillaire et exulcérée, chez un homme de 26 ans, avec transformation en chéloïdes. On pouvait, par les recherches de laboratoire et par l'expérimentation sur les animaux, exclure la tuberculose, la syphilis tertiaire, les dermatomycose, les iodides et bromides, le pemphigus végétant, les infections pyocyanique et diphtérique. On constata, après un temps très prolongé, à côté de cette pyodermite une dermatite de Dühring, dont les vésicules furent prises pour des éléments de pyodermite. A côté de ce cas, l'auteur apporte l'observation d'un autre cas de pyodermite chronique ulcéreuse et végétante chez une femme de 43 ans, survenue 8 mois après une lésion de la jambe à la suite d'une chute de bicyclette. Formation, au début et pendant le processus inflammatoire, de kystes folliculaires remarquables par leur volume et par leur multiplicité. L'histologie montra dans l'épiderme des cellules dyskératosiques.
Olga Eliascheff.

Sur un cas exceptionnel de formation osseuse de la peau. En même temps contribution à l'étude de la soi-disant phlébectasie vraie et diffuse (Ueber einen ungewohnlichen Fall von Knochenbildung in der Haut. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der sog. genuinen diffusen Phlebektasie), par Anton Musger. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 201, 5 fig.

Observation d'un cas de « phlébectasie diffuse vraie » chez une femme tout à fait bien portante, porteuse d'un hémangiome du dos dès la naissance et de varices diffuses dilatées de la jambe depuis plusieurs années. L'histologie montra une thrombose organisée des veines cutanées avec dégénérescence hyaline, calcification et formation osseuse secondaire et une légère atrophie des couches supérieures du derme. C'est le premier cas décrit chez la femme, il se distingue aussi des autres connus chez l'homme par la quantité des formations osseuses, formations dues à des modifications vasculaires.
Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude du prurigo nodulaire (Zur Kenntnis der Prurigo nodularis), par A. Besselmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 212, 5 fig.

Observation d'un cas de prurigo nodulaire, description clinique et histologique, bibliographie et discussion sur l'étiologie et le traitement. ment.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude des nodosités juxta-articulaires syphilitiques (Zur Kenntnis der luischen juxta-artikulæren Knotenbildungen), par Hans Froelich. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 226, 6 fig.

Observations de deux cas de nodosités juxta-articulaires syphilitiques typiques, à disposition symétrique aux coudes chez un malade, chez l'autre au coude gauche, au pouce et au genou. La peau de la nodosité du coude fut recouverte (dans le second cas) de lésions syphilitiques tertiaires. La syphilis a été ignorée par les malades et constatée accidentellement chez un par une réaction sérologique positive pratiquée pour un épithélioma de la langue et, chez l'autre, à cause d'une aortite. Présence dans les coupes histologiques de cellules pigmentaires contenant du fer, cellules décrites déjà par Jesser.

Olga Eliascheff.

Neurosyphilis manifeste (syphilis cérébro-spinale, tabès, paralysie progressive) avec lésions syphilitiques cutanées et des muqueuses (Manifeste Neurolues (Lues cerebro-spinalis, Tabès, progressive Paralyse) bei tertiærer Haut- (Schleimhaut- Lues), par L. Arzt et H. Tuhs. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 1, 1932, p. 234.

Observations de nombreux cas de syphilis nerveuse combinée avec des manifestations syphilitiques cutanées et des muqueuses. Les conclusions des auteurs sont les suivantes : on trouve dans la neuro-syphilis cliniquement manifeste, dans la syphilis cérébro-spinale, le tabès et, éventuellement, aussi dans la paralysie générale — dans cette dernière sous une certaine réserve — des gommes cutanées et des muqueuses dans une proportion de 4,5 o/o.

Le pronostic *quoad futurum* est, d'après leurs expériences, beaucoup plus favorable que dans les cas sans allergie cutanée.

Si la réaction à la luétine est forte, on peut souvent obtenir de bons résultats thérapeutiques par un ou plusieurs traitements combinés de néosalvarsan et bismuth, et même par des cures iodo-bismuthiques. On ne devrait essayer la malariathérapie de Wagner-Jauregg que chez les malades qui ne réagissent pas ou réagissent insuffisamment à la luétine.

Olga Eliascheff.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

La question de l'urticaire par la chaleur et par le froid (Zur Frage der durch Wärme und Kälte ausgelœsten Urtikaria), par E. Klein. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 49, 3 décembre 1932, p. 1741.

Dans 2 cas d'urticaire thermique (urticaire au froid, à la chaleur et à l'eau), toutes les réactions, qui témoignent d'une allergie, se sont montrées négatives après provocation de la crise. La transmission passive échoua, il n'y eut pas d'éosinophilie, pas de variation leucocytaire, pas de modification du quotient K/Ca, et pas de crise hémoclasique. L'urticaire thermique n'est donc pas une dermatose allergique, mais une vaso-neurose. L. Chatellier.

Durillon professionnel chez une coiffeuse (Eine Beruftschwiel bei einer Friseuse), par R. Frühwald. *Dermatologische Wochenschrift*, no 49, 1932, p. 1746, 3 fig.

Cors multiples de la face palmaire de l'annulaire et du médius, cor de la face interne du pouce, correspondant aux points de pression de la pince à friser. Ch. Audry.

Sur les résultats du traitement du psoriasis vulgaire par les extraits de pollen (Mitteilung über die Ergebnisse weiterer Behandlungsversuche von Psoriasis vulgaris Kranken mit Pflanzenpollenextraction), par G. Scherfer et A. Luttenberger. *Dermatologische Wochenschrift*, 1932, no 49, p. 1749.

Les auteurs ont employé un extrait de 16 pollens différents chez 19 malades, dont 11 furent sérieusement améliorés.

Il faut voir dans cette méthode un mode d'emploi des albumines végétales, qui peut être utile comme adjuvant chez certains sujets prédisposés. Ch. Audry.

Sur la réaction de déviation et les réactions de floculation dans la blennorragie (Ueber Komplementbindungs- (KBR) und Flockungsreaktionen (GoMKR) beim Tripper), par F. Marquart. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 50, 10 décembre 1932, p. 1797.

Chez la femme, le sang prélevé au niveau du col utérin donne avec la gono-réaction des résultats meilleurs que le sang prélevé par ponction veineuse.

Dans la blennorragie confirmée, la réaction de floculation donne plus de résultats positifs que la réaction d'hémolyse, sans qu'il y ait de concordance exacte entre les résultats de ces deux méthodes.

Lorsqu'on soupçonne seulement la blennorragie, la réaction de floculation donne, surtout chez la femme, des résultats positifs, malgré l'absence de gonocoques avant et après provocation. Il semble qu'on ait là affaire à des réactions non spécifiques.

La réaction de floculation (méthode de Meinicke) n'a pas de valeur chez les syphilitiques avec une réaction d'éclaircissement positive. Les réactions non spécifiques sont plus fréquentes dans la floculation.

L. Chatellier.

Recherches histopathologiques et sur la physiologie de la circulation dans les veines variqueuses (Histopathologische und kreislaufphysiologische Untersuchungen an varikœs entarteten Venen), par M. Ratschow. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 51, 17 décembre 1932, p. 1813.

Les varices sont une affection à développement lent où l'on distingue un stade de phlébectasie, puis un stade de varice d'abord compensée, puis décompensée.

Il ne faut pas confondre ectasie et varice. La phlébectasie n'est que l'élargissement régulier et diffus de la veine (dans la grossesse par exemple). Le courant y est centripète : après avoir été vidée, la veine se remplit de la périphérie. Les valvules veineuses gardent leur aptitude fonctionnelle. La paroi musculaire est hypertrophiée.

Dans la varice, la paroi veineuse, déjà ectasiée, présente des dilatations sacciformes ; la réplétion du vaisseau est à direction centrifuge. Dans la stase artificielle, il se fait un courant de vidange de la veine dès que le malade se met en mouvement. L'atrophie de la musculature veineuse est très marquée et il y a une prolifération active du tissu conjonctif ; la tunique élastique est atteinte. On ne connaît pas les facteurs qui amènent de la phlébectasie à la varice. Les veines variqueuses ne remplissent plus leurs fonctions, elles constituent un danger pour les tissus qu'elles drainent, si l'organisme ne compense pas leur défaillance. Cette compensation est assurée par les veinules collatérales, dont la contraction assure la circulation sanguine. Elles peuvent être aussi atteintes par l'insuffisance fonctionnelle, comme le montre la varicographie des veinules de la peau. A ce moment, la cure d'oblitération est contre-indiquée. L. Chatellier.

Zona généralisé dans la leucémie lymphatique (Zoster generalisatus bei lymphatischer Leukämie), par K. Haack. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 51, 17 décembre 1932, p. 1819, 1 fig.

Chez une femme de 67 ans, atteinte de leucémie lymphoïde, apparaît un zona cervico-facial gauche, puis une éruption de vésicules sur toute la surface cutanée. L. Chatellier.

Sur les phlébectasies et l'hémangiome des organes génitaux externes de l'homme (Ueber Phlebektasien und Hämangiome der ausseren männlichen Geschlechtsorgane), par E. Pawlowski. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 51, 17 décembre 1932, p. 1821.

Observation d'un homme de 45 ans, qui porte sur la portion antérieure de l'urèthre, sur le gland et le côté droit du scrotum des ectasies veineuses très étendues. En ce qui concerne le gland et le scrotum, il existe, outre les ectasies veineuses, un véritable hémangiome. L'hémangiome est-il un blastome vrai ? La question n'est pas résolue. Chez ce malade, il y a combinaison des deux lésions, par anomalie congénitale vasculaire. Le traitement consiste en cautérisations pour les petites dilatations ; en exérèse chirurgicale quand il y a tumeur. Les hémorragies et la gêne de la miction en font une obligation.

L. Chatellier.

Eczéma provoqué par la craie colorée (Ekzem durch farbige Kreide), par B. Kwict. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 51, 17 décembre 1932, p. 1827.

Observation d'un professeur de 40 ans, porteur de poussées successives d'eczéma, et chez lequel on put s'assurer que ces poussées étaient dues au contact professionnel avec les bâtons de craie colorée qui lui servaient à dessiner au tableau. CH. AUDRY.

Traitement des manifestations syphilitiques tardives par la lumière et l'autohémothérapie, en particulier du tabès (Licht- und Eigenblatbehandlung spätsyphilitischer Erkrankungen, mit besonderer Berucksichtigung der Tabes), par E. RAJKA et E. RADNAI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 51, 17 décembre 1932, p. 1829.

La lumière et l'auto-hémothérapie sont des adjuvants utiles dans certaines manifestations tardives de la syphilis, en particulier du tabès avec douleurs fulgurantes, crises gastriques et paresthésies. Les auteurs ont obtenu 70 o/o d'améliorations manifestes des symptômes subjectifs. Parfois certains symptômes seuls cèdent à ce traitement. Les rémissions sont de durée variable. Le mécanisme de cette action des rayons ultra-violets est encore inconnu. Même action dans la syphilis à réaction de Bordet-Wassermann irréductible. L. CHATELLIER.

Contribution à la statistique et à l'épidémiologie du chancre mou (1911-1930) (Beitræge zur Statistik und Epidemiologie des weichen Schankers) (1910-1930), par G. v. PASZTAY. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 51, 17 décembre 1932, p. 1835, 2 fig.

A Budapest, de 1911 à 1930, il a été traité : 20.389 vénériens, dont 13.690 syphilis, 3.382 blennorragies et 3.047 chancres simples. Pour la chancrelle, les chiffres les plus élevés ont été atteints : en 1918, 231 ; en 1923, 239 et en 1930, 307 ; les plus bas se placent de 1925 à 1929, avec minimum en 1927 avec 34 malades. Pendant l'année 1930, les plus fortes contaminations se rencontrent en septembre, octobre et novembre : 36, 39, 40. Les facteurs épidémiologiques de la chancrelle sont encore insuffisamment connus. L. CHATELLIER.

Sérum de convalescents dans la lymphogranulomatose inguinale (Rekonvaleszentenserum bei Lymphogranuloma inguinale), par F. KALZ. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 51, 17 décembre 1932, p. 1839.

3 malades au début d'une lymphogranulomatose inguinale et un autre en période d'état ont été traités par des injections de sérum de lymphogranulomateux convalescents. Tandis que tous les cas traités par les méthodes habituelles évoluaient sévèrement des mois durant, les 4 malades injectés échappaient à la fistulisation et les bubons se résorbaient en 4-6 semaines. Le sérum normal ne produit pas le même résultat. Il s'agit donc d'une action spécifique par anticorps des sérums de convalescents. L. CHATELLIER.

Sur le métabolisme basal dans les dermatoses (Zum Energiestoffwechsel bei Hautkrankheiten), par P. BERGGREEN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, no 52, 29 décembre 1932, p. 1857.

Des mesures effectuées chez 204 malades, B. conclut que les échanges nutritifs des dermatoses ne sont pas altérés. Dans l'eczéma, le chiffre est normal. Dans le psoriasis, chez la femme surtout, il y a une légère augmentation ; dans l'érythrocyanose cutanée, une diminution marquée. L. CHATELLIER.

Un cas de bubon climatique endémique (?) (Ein Fall von endemischen (?) klimatischen Bubo), par E. MEYER. *Dermatologische Wochenschrif*, t. XCV, n° 52, 29 décembre 1932, p. 1864, 1 fig.

Cas classique, où l'on a pu se demander s'il s'agissait d'un cas endémique, la malade n'ayant, dans son anamnèse, qu'un coït avec son mari. L. CHATELLIER.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur 2 cas de myosite gommeuse du sterno-cléido-mastoïdien méconnus et aggravés par l'intervention chirurgicale (Ueber verkannte und durch operation verkhlimmerte Falle von myositis gummosa der Sterno-cleido-mastoïdens), par G. SCHULTZE-WOLTERS. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, décembre 1932, f. 2-3, 2 fig.

L'auteur rappelle brièvement l'existence et les formes de la myosite syphilitique du sterno-mastoïdien. De tous temps, on a opéré à tort des gommes suppurées et fistulisées du sterno-mastoïdien. Puis elle donne deux observations de ces interventions malencontreuses, chez une femme de 42 ans et une autre femme de 32 ans. Dans les deux cas, la lésion remontait à plusieurs années et l'intervention chirurgicale (renouvelée dans le premier cas) avait laissé des fistules, etc. Il faut donner de fortes doses de KI.

Ces erreurs de diagnostic sont malheureusement trop fréquentes et dépendent de l'ignorance des opérateurs. CH. AUDRY.

Quelques observations remarquables d'eczéma vaccinal, particulièrement de vaccine généralisée (Ueber einige bemerkenswerte Beobachtungen betr. das Ekzema vaccinatum resp. die Vaccine generalisata), par G. STÜMPKE. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, f. 2-3, décembre 1932, p. 101, 3 fig.

Dans les quatre observations de S., la contagion de la vaccine s'est produite de personnes vaccinées à quatre enfants, dont la peau était déjà lésée. Dans deux cas, l'éruption a frappé la peau pathologique : dans les deux cas, elle s'est étendue à la peau saine. Chez trois enfants, l'éruption est restée strictement localisée à la dermatose préexistante ; chez le 4e, elle a dépassé lentement les limites de la peau malade. Chez les trois premiers enfants, il y eut atteinte plus ou moins marquée de l'état général, malgré la stricte limitation des pustules. Dans la première observation, l'enfant eczémateux a été contaminé par un sujet vacciné et l'éruption s'est produite 8 jours après. Cet enfant a contaminé, dans la clinique, deux autres enfants. Le 4e enfant a été vraisemblablement infecté par le personnel. Dans tous ces cas, le délai d'incubation a été de 10-12 jours. L. CHATELLIER.

Sarcome développé sur un lupus vulgaire (Sarkomentwicklung auf Lupus vulgaris), par E. Hesse. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, f. 2-3, décembre 1932, p. 104, 3 fig.

Un homme de 21 ans (une sœur lupique) présente un lupus qui a débuté à l'oreille à l'âge de 10 ans. Depuis ce moment, vaste lupus de la région faciale, des cuisses, etc., etc. Depuis plusieurs années, le malade a subi nombre de traitements (rayons X, lumière, etc., etc.) lorsqu'en 1929, apparut une tumeur végétante à la base du dos, à gauche, au-dessus du sillon interfessier. La tumeur enlevée donna la structure histologique d'un sarcome, récidive, et la mort survint après 2 ans, de métastases pulmonaires. Sarcome à cellules fusiformes.

La première observation de ce genre, celle de Tauffer, remonte à 1898. H. en a réuni en tout 19 cas, dont 10 avaient subi une irradiation par rayons X. Ici le sarcome se développe donc tantôt sous l'influence de la tuberculose, tantôt sur l'influence de la radiothérapie, ou des deux. L'action de l'une et de l'autre provocation est certaine.

Ch. Audry.

Folliculite sycosiforme atrophiante (Folliculitis sycosiformis atrophicans), par G. Sautorini. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, f. 2-3, décembre 1932, p. 115, 2 fig.

S., à propos de deux cas nouveaux de folliculite atrophiante (l'un de la peau glabre, l'autre du cuir chevelu), montre les similitudes qui existent entre la folliculite sycosiforme atrophiante de Hoffmann, la folliculite dépilante d'Arnozan et Dubreuilh et la folliculite épilante de Quinquaud. Une classification sûre ne sera possible que lorsqu'on connaîtra exactement l'étiologie de ces folliculites, si voisines. Le staphylocoque doré est souvent en cause ; mais il manque dans nombre de cas. Un facteur « constitutionnel » intervient, mais il est difficile aujourd'hui de le déterminer (troubles vago-sympathiques, endocriniens).

L. Chatellier.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Acanthosis nigricans et adiposité chez une jeune fille de 20 ans (Akanthosis nigricans und Adipositas bei einem 20 jahrigen Mædchen), par H. Königstein. *Wiener Klinische Wochenschrift*, décembre 1932.

Le début sur le cou de la pigmentation papillomateuse remonte à une époque indéterminée, très ancienne ; à 14 ans, territoires apparus dans l'aisselle, et sur les cuisses. Il y a 8 ans, le développement général était encore normal ; réglée à 14 ans. C'est à 16 ans que la malade a commencé à engraisser : 124 kilogrammes pour une taille de 1 m. 65. On n'a pas découvert de traces appréciables de déficience glandulaire déterminée. Le père pèse 112 kilogrammes, et la mère, qui est très petite, 134 kilogrammes. K. cite 2 cas où l'*acanthosis nigricans* était associé à un type adiposo-génital (Michelson, Gougerot et Blum).

Ch. Audry.

La transfusion en Dermatologie (Auwendung der Bluttransfusion in der Dermatologie), par Scherber. *Wiener Klinische Wochenschrift*, nº 51, 16 décembre 1932, p. 1557.

Suivant les indications de Riehl, S. a eu un résultat excellent en pratiquant la transfusion chez une fille de 15 ans ayant subi une vaste brûlure, du 3e degré, du dos. La transfusion doit être aussi hâtive que possible.

Succès également, après trois transfusions, dans un cas d'agranulocytose avec gangrène buccale.

Schardorn a recommandé la transfusion en cas d'impétigo herpétiforme de la grossesse, et S. cite un beau succès. Résultats favorables aussi en cas de pemphigus et de dermatite herpétiforme. Un pemphigus aigu malin a succombé malgré la transfusion. Une stomatite aphteuse guérie après une transfusion a récidivé. La transfusion est recommandable dans les purpuras, dans les intoxications par l'arsenic (salvarsan), l'or, dans les septicémies érysipélateuses et furonculeuses. On a eu aussi de bons résultats en cas d'anthrax de la lèvre.

S. cite l'histoire d'un psoriasique donneur de sang, sans qu'aucun des transfusés ait jamais présenté de psoriasis. Ch. Audry.

Rôle de la constitution dans le développement des manifestations tardives de la syphilis, et particulièrement de l'aortite (Die Rolle der Konstitution bei der Entwicklung der spætluetischen Verænderungen, in erster Reihe der Aortitis), par L. Lazarovitz. *Wiener Klinische Wochenschrif*, nos 52-53, 22 décembre 1932, p. 1585.

Trois éléments conditionnent l'évolution de la syphilis : la constitution, la virulence du spirochète, le traitement. L., après avoir rapidement résumé les nombreuses données actuellement en discussion sur la constitution physique des sujets, s'en tient, à peu de choses près, à la classification simplifiée de Kretschmer en individus pycniques, athlétiques, leptosomes, atypiques.

Les pycniques (je rappelle que ce mot désigne particulièrement les sujets d'un type court, ramassé et gros) sont ceux qui résistent le moins bien, et c'est chez eux que l'aortite est la plus fréquente ; puis, viennent les athlétiques ; les leptosomes (grands et maigres) résistent beaucoup mieux. Ch. Audry.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Etude du métabolisme hydrocarboné dans les prurits et les urticaires chroniques. Essais étiologiques et pathologiques (Estudios del metabolismo hidrocarbonado en pruritos y urticarias cronicos, ensayos patogenicos y terapeuticos), par J. Gay Prieto, M. Gonzalez Rey et L. Egea. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, nº 3, décembre 1932, p. 169, 7 fig.

Deux types principaux de dermatoses en rapport avec un métabolisme troublé de glycides ont surtout retenu l'attention des auteurs. Ce sont :

1° Les diabétides au sens de Jadassohn, véritables toxidermies de cause interne (cas divers d'eczémas, d'urticaires chroniques, de prurits, de gangrènes, de xanthome, etc.) ;

2° Les dermatoses dans lesquelles le trouble hyperglycémique agit simplement en créant un terrain favorable à l'action d'une cause exogène (épidermomycoses, surtout des grands plis, pyodermites de toutes catégories, balanites et eczémas vulvaires ou péri-buccaux, etc.).

A côté de ces affections cutanées en relation avec l'hyperglycémie, doit prendre place un troisième groupe de cas étroitement liés à une hypoglycémie et beaucoup plus mal connu que les précédents. Bejarano a eu le mérite d'attirer l'attention sur l'existence de prurits chroniques s'accompagnant d'une glycémie peu élevée.

1° Les auteurs, chez 16 malades atteints de prurit et d'urticaire chronique, rencontrent 10 fois un abaissement du taux du glucose sanguin et 4 fois seulement des altérations du type diabétique ou prédiabétique ;

2° L'épreuve de la galactosurie provoquée a été positive dans 8 cas des 11 étudiés. Sur les 3 cas négatifs, 2 correspondent à des malades à type de glycémie de type franchement prédiabétique ;

3° Le prurit et l'urticaire de ces malades sont en rapport avec une sensibilisation polyvalente à divers produits d'origine intestinale qui, à cause d'une insuffisance du foie, passent dans la circulation générale en conservant un pouvoir antigénique marqué ;

4° Comme, dans la pratique, il n'est presque jamais possible de réaliser un traitement spécifique de désensibilisation, la thérapeutique de choix doit consister à fortifier la fonction hépatique. On y arrive en augmentant les réserves hépatiques en glycogène par l'administration de doses stimulantes d'insuline en même temps que des substances hydrocarbonées ou par l'opothérapie hépatique. J. Margarot.

Etude expérimentale et clinique de nouveaux sels de thallium (Estudio experimental y clinico de nuevas sales de talio), par A. Navarro-Martin. *Actas Dermo Sifiliograficas*, 25e année, no 3, décembre 1932, p. 179.

N. M. apporte une statistique basée sur 32 observations de teignes traitées par divers sels de thallium.

Après expérimentation sur des cobayes et sur des lapins du salicylate de thallium, du tartrate de potassium et de thallium, du benzoate, de l'acétate et de l'acétate de protoxyde de thallium, il a utilisé ces mêmes sels chez des enfants.

Le tartrate thallio-potassique, plus toxique que les autres préparations pour les animaux de laboratoire, a produit de légers symptômes d'intoxication (albuminurie, arthralgies) chez les enfants avec plus de fréquence que le benzoate ou le salicylate.

La dose épilante totale, exprimée en thallium métal, administrée à des enfants, a été toujours inférieure à celle qui aurait été donnée si l'on avait utilisé l'acétate de thallium.

Une posologie plus exacte sera obtenue quand le nombre de cas sera

plus grand. Pour l'instant, les auteurs sont autorisés à affirmer que n'importe lequel de ces sels peut être substitué à l'acétate de thallium, pour l'épilation des enfants teigneux. Les doses utilisées de 0,008 grammes de sel par kilogramme de poids contiennent une moins grande quantité de thallium métal que l'acétate. J. MARGAROT.

A propos d'un nouveau traitement du psoriasis (A proposito de un nuevo tratamiento del psoriasis), par LUIS DE LA CUESTA ALMONACID. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, nº 3, décembre 1932, p. 186.

C. A. rappelle les essais de traitement du psoriasis par l'injection de diverses préparations des squames.

Il a traité 8 malades et a obtenu 3 guérisons, 2 améliorations et 2 échecs. Un des sujets a abandonné le traitement.

On obtient de meilleurs résultats (quoique très irrégulièrement) dans les cas très diffus et généralisés, que dans les formes discrètes, sauf chez les enfants.

Les efflorescences du cuir chevelu ont été améliorées en même temps que les autres lésions. Les formes isolées sont plus rebelles. L'amélioration commence habituellement à la quatrième injection.

Contrairement aux affirmations des auteurs américains, de violentes réactions du type fébrile se sont produites dans quelques cas. On n'a pas noté d'accidents locaux. Les injections ne sont pas douloureuses si elles sont intramusculaires et profondes.

Dans un des cas la guérison a été obtenue en utilisant des squames d'un autre malade. J. MARGAROT.

Contribution à l'étude sérologique de la lèpre (Contribucion al estudio serologico de la lepra), par M. HOMBRIA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, nº 3, décembre 1932, p. 195.

A l'heure actuelle, malgré le nombre des réactions proposées, il n'y en a encore aucune qui soit positive dans tous les cas de lèpre et seulement dans cette affection.

On doit rejeter la réaction de Botelho qui, tout en donnant de nombreux résultats positifs avec les sérums lépreux, manque de spécificité, comme l'on peut s'en rendre compte par les cas de contrôle.

La réaction d'Eitner, douée d'une sensibilité appréciable dans les cas de lèpre, donne des résultats positifs avec des sérums syphilitiques et se montre par suite infidèle dans le cas d'une coexistence des deux affections.

La réaction de Rubino paraît d'une sensibilité moindre que les précédentes. Toutefois, sa constante négativité chez tous les sujets non lépreux permet de la considérer comme d'une grande utilité dans le diagnostic biologique de la maladie de Hansen.

La positivité simultanée des réactions de Rubino et de Eitner, coïncidant avec une réaction de Wassermann et des réactions similaires négatives, doit être considérée comme une donnée de grande valeur en

faveur du diagnostic de lèpre, malgré l'absence possible du bacille dans le mucus nasal et dans les lésions cutanées. J. MARGAROT.

Traitement des trichophyties profondes par des injections intraveineuses de trypaflavine (Tratamiento de las tricoficias profundas por inyecciones intravenosas de Tripaflavina), par A. NAVARRO-MARTIN. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 3, décembre 1932, p. 201.

Cinq cas de kérion du cuir chevelu ou de la barbe ont guéri rapidement par l'administration de trypaflavine en injections intraveineuses. L'auteur a utilisé la solution à 2 o/o à la dose de 1 à 5 centimètres cubes suivant l'état et le poids du patient. Le nombre total d'injections a oscillé entre 7 et 12 suivant les cas. La guérison a été obtenue entre 15 et 45 jours. J. MARGAROT.

Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

A propos du régime achloruré G. H. S. dans la tuberculose (Recherches sur l'influence du chlorure de sodium dans l'infection tuberculeuse expérimentale du lapin), par Guiseppe BERTACCINI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 6, décembre 1932. Bibliographie.

Gerson, alors qu'il soumettait à la diète achlorurée un sujet atteint de la migraine et qui présentait en même temps une lésion tuberculeuse de la peau vit cette dernière lésion s'améliorer notablement sous l'influence de ce régime. C'est de cette circonstance fortuite qu'est né le régime qui jouit actuellement, en Allemagne surtout, d'une grande faveur.

Il a subi d'ailleurs, depuis l'origine, des modifications qui ont été surtout étudiées à la clinique de Sauerbruch à Munich et qui consistent, d'une part, dans un régime alimentaire qui consiste dans la réduction des hydrates de carbone, la prédominance des albumines et des graisses, et des aliments crus ou peu cuits : lait, œufs, légumes et fruits crus ; d'autre part, dans l'adjonction de certaines substances minérales : sels de chaux, de potassium et de magnésium. Ainsi modifié, le régime est désigné sous le nom de régime de Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch (G. H. S.).

Mais c'est en somme un traitement empirique dont le mode d'action reste à établir, bien que son efficacité semble indéniable.

Pour tâcher d'élucider ce mode d'action, l'auteur a entrepris une série de recherches de médecine expérimentale.

Dans ce but, il a inoculé par la voie endoveineuse, dans deux séries d'expériences successives, deux lots d'animaux, un premier de 24 lapins avec une souche virulente pour le lapin (tuberculose bovine) et un second lot de 20 lapins (tuberculose humaine) vis-à-vis de laquelle le lapin est résistant. Sur 8 lapins, des expériences préliminaires avaient été faites au moyen de solutions hypertoniques de NaCl (à 5 ou 10 o/o) en injections intraveineuses.

Parmi les lapins du premier lot, 6 ont été soumis à des injections intraveineuses quotidiennes de NaCl jusqu'au 15e jour après l'inoculation, 4 ingéraient chaque jour 1 gramme de sel mêlé à du son, 4 ingéraient du son sans sel (comme contrôle des précédents), 6 étaient au régime normal comme contrôle des premiers.

Presque tous ces lapins sont morts dans une période de 15 à 42 jours, 2 survécurent respectivement jusqu'à 95 et 105 jours, et 1 a été sacrifié alors qu'il survivait encore 5 mois et demi après l'inoculation.

La virulence de la souche étant ainsi démontrée, 4 autres lapins ont été inoculés avec des doses 4 à 6 fois plus faibles de la même souche, 2 étant soumis au traitement chloruré et les 2 autres non. Ils sont morts au bout d'un laps de temps de 51 à 78 jours, avec des lésions macroscopiques caractéristiques.

Chez tous ces lapins, ont été prélevés des fragments de poumon, de foie, de rate et de rein, soumis à des examens histologiques.

Tous les animaux ont présenté des altérations spécifiques, variables dans leur diffusion et leur gravité, mais on n'a pas pu constater de différences appréciables entre les animaux chlorurés et les contrôles.

Le second groupe de 20 lapins a été divisé en quatre groupes selon les mêmes modalités que le premier lot. *Aucun lapin de cette série n'est mort spontanément.* Des lapins ont été sacrifiés (chaque fois un soumis au chlorure et un de contrôle), 26, 27, 29 jours après l'inoculation, et, vu l'insignifiance des phénomènes qu'ils présentaient, une seconde inoculation a été faite avec la même souche, à dose double, un mois après la première, aux 14 survivants. Ces derniers ont été sacrifiés à des dates diverses après la seconde inoculation, du 10e au 60e jour. Chez tous ont été prélevés des fragments d'organes pour la recherche histologique, comme pour la première série.

Tous ceux qui ont été inoculés seulement une fois ne présentent que des lésions insignifiantes, à caractère spécifique seulement chez quelques-uns ; ceux qui ont été inoculés deux fois présentent des lésions importantes, plus qu'il n'est habituel d'observer par l'inoculation de souche humaine au lapin, et avec des caractères d'absolue spécificité.

A ce résultat a certainement contribué l'inoculation à dose assez forte à des animaux précédemment *allergisés*. Là encore on ne constate pas de différences constantes entre les animaux chlorurés et ceux de contrôle, bien mieux, c'est précisément chez quelques-uns des animaux de contrôle qu'ont été observées les altérations les plus notables.

Par conséquent, il résulte de ces recherches que l'on ne peut affirmer que le NaCl exerce une action quelconque dans le sens d'un abaissement des pouvoirs de défense du lapin vis-à-vis de l'infection tuberculeuse généralisée, soit de type bovin, soit de type humain.

BELGODERE.

Gangrène en foyers des extrémités inférieures par artérite syphilitique, par E. SCOLARI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 1779, 7 fig. Bibliographie.

Ce travail débute par un exposé critique de la question, relatif à la position nosographique de la gangrène syphilitique dans le groupe des gangrènes des extrémités. L'auteur relate ensuite un cas de gangrène bilatérale en foyers des extrémités inférieures par lésions des artères, dont la nature syphilitique put être affirmée en se basant sur les caractères diagnostiques, sur les données anamnestiques et sérologiques et surtout sur le critère thérapeutique. Les caractères cliniques sont complétés par de nombreuses recherches biologiques sur le sang et sur l'urine et, en outre, par des données relatives à la température cutanée, à la pression sanguine, à l'oscillométrie, enfin, aux recherches capillaroscopiques. Au point de vue clinique, le cas rapporté s'écarte quelque peu de ceux qui sont rapportés dans la bibliographie par l'absence d'une symptomatologie douloureuse typique et de claudication intermittente, et aussi de crises ischémiques. Il manquait également dans le cas décrit le décours par poussées successives (fréquent dans les gangrènes luétiques) peut-être bien à cause de l'intervention précoce du traitement spécifique.

Dans la discussion pathogénétique, l'auteur étudie successivement les diverses composantes étiologiques du syndrome : facteurs anatomo-pathologiques et facteurs physio-pathologiques.

Il résulte de cette étude qu'il est probable que les lésions anatomiques étaient légères au niveau des artères moyennes des membres inférieurs, plus accentuées au contraire au niveau des artères locales des pieds, y compris probablement les artères et artérioles cutanées.

Diverses constatations permettent de présumer une participation prédominante des tuniques artérielles *intima* et *media*, à type probablement d'infiltration diffuse, plutôt que gommeuse en foyers, ou scléroticocicatricielle.

Parmi les facteurs physio-pathologiques, le spasme vasculaire semble pouvoir être interprété comme minime — peut-être absent — au niveau des artères de la cuisse et de la jambe, présent au contraire au niveau des artères plus petites des pieds et aussi des mains. Le contrôle capillaroscopique révéla l'absence du classique syndrome décrit et défini par Müller « spastico-atonique » ; le tableau du système capillaire soit aux pieds, soit aux mains, était au contraire celui de la simple stase.

Aux données précédentes, qui permettent d'admettre une limitation régionale et une intensité modique des phénomènes artério-spastiques, et à l'absence du syndrome spastico-atonique type Müller au niveau des capillaires il est permis peut-être d'attribuer la modicité du trouble fonctionnel qui s'est manifesté aux dépens du système nerveux végétatif.

Ce trouble, bien que léger, semble avoir consisté dans une activité déficiente de la section ortho-sympathique du système, laquelle, peut-

être, serait en rapport avec un déficit fonctionnel de la glande thyroïde, qui fut mis en évidence par les recherches biologiques.

BELGODERE.

Lupus érythémateux tumidus associé à l'érythème induré de Bazin (Contribution à la question des microbides cutanées), par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 1812, 5 fig. Bibliographie.

L'auteur rappelle combien est discutée la question des rapports étio-pathogéniques entre les tuberculides et la tuberculose, rapports en faveur desquels un argument de grande valeur est la coexistence, assez souvent constatée, de ces tuberculides avec des lésions spécifiquement tuberculeuses, cutanées et viscérales. Dans cette discussion, des clartés nouvelles ont été apportées par la notion générale des *microbides*, qui permet d'envisager les tuberculides comme un fait pathologique « second » lié obligatoirement à un fait « primaire » par l'intermédiaire d'une *transformation allergique* de l'organisme.

A l'appui de ces conceptions, C. rapporte l'observation suivante : celle d'une femme, atteinte à la face de cette forme de lupus érythémateux qui a été décrite par Gougerot et Burnier sous le nom de *lupus tumidus* et qui présentait en même temps aux jambes un érythème induré de Bazin, au cou, des cicatrices de foyers tuberculeux ganglionnaires, l'état général de cette malade étant par ailleurs satisfaisant.

C. étudie ces lésions cutanées au point de vue clinique, histologique et fonctionnel, ainsi qu'au point de vue de la réactivité cutanée. Suit une discussion pathogénique qu'il serait difficile d'analyser, d'autant plus que ces discussions sur l'allergie et l'immunité évoquent souvent à l'esprit le souvenir des discussions de la métaphysique. De cette discussion, C. conclut qu'il faut concevoir les foyers pathologiques de la face et de la jambe comme étant tous deux l'expression d'une réactivité allergique cutanée, chez un sujet tuberculeux, à l'antigène tuberculeux, dans le cadre des fonctions dermophylactiques. Il convient donc de penser que l'on se trouve en présence de deux types différents de tuberculides, dues, chez le même sujet, au même agent pathogène : le bacille tuberculeux et ses toxines. Ces deux tuberculides doivent être considérées comme des formes spécifiques atypiques, comme des microbides tuberculeuses allergiques secondaires.

BELGODERE.

Etude d'une forme très singulière de néoformation végétante de la peau, par Emilio CORTELLA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 1827, 8 fig. Bibliographie.

L'auteur a étudié un cas clinique d'un grand intérêt. Il s'agit d'une femme de 67 ans, arrivée à la clinique pour une petite néoformation de la région zygomatique gauche, diagnostiquée par le médecin traitant comme un épithélioma végétant probable.

Cette néoformation, qui manifestait une tendance à grossir notable-

ment avec beaucoup de rapidité a été une première fois enlevée chirurgicalement, mais elle s'est presque aussitôt reproduite en plusieurs foyers.

L'ablation, pratiquée de nombreuses autres fois soit avec le bistouri ordinaire, soit avec le bistouri électrique, a été suivie constamment de récidive, dénotant une malignité accentuée, essentiellement locale, car jamais il n'y a eu invasion des ganglions les plus proches, ni de métastases à distance.

La tumeur s'est montrée, en outre, particulièrement résistante aux traitements, soit physiques (radium), soit chimiques locaux (pommade à l'arsénobenzol).

L'aspect de la tumeur, dans la période de son plus grand développement, vraiment impressionnant (poids : 300 gr.), était singulier, à cause de la présence de masses végétantes caractéristiques, arrondies, gris sombre, isolées, pédonculées, papilliformes, saignant abondamment à la moindre éraillure.

De cette tumeur a été isolé un germe, étudié par Petragnani et individualisé par lui comme un botryocoque.

Un fait vraiment intéressant à signaler dans l'évolution de cette tumeur est que, brusquement, sans le concours d'aucune intervention thérapeutique, et en pleine bonne santé générale de la malade, cette tumeur a commencé à régresser, avec une rapidité, sinon supérieure, du moins égale à celle avec laquelle elle s'était accrue.

La mort de la patiente, survenue par une maladie intercurrente sans aucune relation avec la tumeur, a interrompu l'observation à un moment particulièrement intéressant, parce qu'il n'est pas improbable que l'on aurait assisté à la régression totale de cette tumeur.

L'interprétation de ce cas est très difficile. Si l'on écarte en effet le diagnostic d'épithélioma végétant, en se basant surtout sur le résultat de la première biopsie, on constata au contraire une certaine ressemblance histologique avec la pseudo-botryomycose humaine, ressemblance qui cependant était contredite par les caractères cliniques et morphologiques de la tumeur.

Les constatations bactériologiques ne sont d'aucun secours pour le diagnostic, parce que, indépendamment du fait que le botryocoque a été isolé par certains seulement dans la botryomycose animale, qui n'a rien à voir avec celle de l'homme et par conséquent avec ce cas, contre la valeur pathogène du micro-organisme isolé on peut invoquer le fait que, ni avec des fragments de tumeur, ni par des inoculations de culture vivante, il n'a jamais été possible de reproduire la tumeur chez les divers animaux (lapin, cobaye, rat, cheval) ; et, en outre, tandis que, avec la greffe de fragments de la tumeur, on a obtenu des ulcérations, le résultat a été négatif avec l'inoculation de cultures vivantes émulsionnées, injectées sous la peau aux animaux et à la malade elle-même.

De nombreuses biopsies furent pratiquées, mais la plus démonstrative fut celle qui porta sur une petite néoformation au début de son développement et d'une autre surprise à la période initiale d'une récidive. Ces biopsies montrèrent une néoproduction de cellules qui présentent les caractéristiques des fibroblastes, qui occupent toute l'étendue de la tumeur, et de laquelle se détachent des fibrilles qui constituent un stroma conjonctif lâche ; il existe aussi une néoproduction vasculaire d'une certaine importance. Cette constatation induit par conséquent l'auteur à penser qu'il s'agit, au point de vue histologique, d'une tumeur végétante *fibro-vasculaire*, qui peut être rapprochée du *fibrome mou télangiectasique*, mais avec un développement et une évolution tout à fait singulière, pour des causes qui restent inconnues.

Belgodere.

Réactions dermographiques anormales et paradoxales (Contribution clinique aux recherches sur la réactivité dermographique), par Combl. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 1846, 11 fig. Bibliographie.

Dans ce travail, l'auteur étudie des phénomènes complexes de physiologie et de physio-pathologie cutanée dont nous nous bornerons à donner les conclusions du reste étendues :

1° La clinique nous offre des conditions particulièrement intéressantes pour l'étude de la réactivité dermographique, par *experimentum naturae*. Dans les conditions pathologiques de l'organe cutané, il se rencontre des réactions anormales quantitativement et qualitativement par rapport à celles de l'organe cutané normal et sain. Celles-ci peuvent représenter une exagération de la réaction normale (réactions orthodoxes) ou bien être dues à des déviations plus ou moins notables de la réaction normale (réactions paradoxales). Mais dans tous les cas, leur mécanisme ne diffère point de celui des réactions dermographiques physiologiques et leur interprétation se ramène à celles-ci. La réactivité pathologique clinique est liée à la réactivité normale par d'étroits rapports de dépendance.

2° Dans les conditions cutanées anormales — et spécialement dans l'eczéma, le prurit, l'acrorigose — il est fréquent d'observer une modalité particulière des réactions dermographiques : la réaction « en plaques » au lieu de la réaction « en stries », ces diverses réactions restant sans modifications quantitativement. Caractérisée par son dessin particulier, à bords estompés et non rectilignes (à trame artériolaire), la réaction en plaques doit être interprétée comme due à une hypersensibilité anormale des mécanismes réflexes locaux de la dermographie : elle doit être mise en rapport avec les états dits « prémorbides » de morbidité latente de la peau.

3° Les réactions dermographiques élevées restent dans les limites de la réactivité orthodoxe quand elles se développent sous l'influence de stimulations intenses. Au contraire, la réactivité de l'urticaire factice

est paradoxale. Dans ces cas, il existe une sensibilité anormale de tous les mécanismes de réaction vasculaire pour les excitations dermographiques, ou bien un seuil anormalement bas pour la production de la réaction triple par excitation mécanique. Mais, qu'il puisse aussi s'agir d'une exaltation d'un seul de ces mécanismes (le mécanisme œdématigène par exemple), cela est démontré par le fait que, dans des conditions pathologiques, la réaction élevée peut être obtenue, non seulement sans halo érythémateux, mais aussi sans vaso-dilatation capillaire appréciable (pomphus sur une strie de vaso-constriction).

4° Dans les conditions pathologiques de l'organe cutané, on assiste à l'apparition de réactions dermographiques paradoxales blanches planes. Elles se rencontrent régulièrement dans l'étendue des zones cutanées érythémateuses : il existe alors une inaptitude très marquée à la réaction vaso-dilatatrice. Celle-ci accompagne les phénomènes cliniques de l'érythème et régresse avec eux. A côté de cet état réfractaire des mécanismes vaso-dilatateurs, on pourrait encore penser que, dans certains cas, il s'agit d'une absence de sommation des excitations pour obtenir l'hyperémie, le degré capillaire maximum étant déjà atteint par le fait de l'érythème. On peut considérer comme ayant une affinité avec les phénomènes de la réaction paradoxale blanche les réactions de dermographisme blanc subintrantes. Des réactions blanches paradoxales peuvent se rencontrer dans certains états pathologiques dégénératifs de la peau, par exemple, dans la sclérodermie. L'explication la plus probable de cet ensemble d'anomalies dermographiques c'est l'intervention dans leur mécanisme de substances actives capillaripètes qualitativement et en outre quantitativement anormales (métabolites anormaux dus au processus pathologique). Reste ouverte la question de ce qui, éventuellement, peut incomber à l'état sclérotique de la peau en lui-même.

BELGODERE.

Sur la rachicentèse et sur le liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. Note I : La cytologie et la coloration vitale, par E. CIAMBELLOTTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 1864. Une planche en couleurs.

L'auteur a entrepris, sur une importante série de malades, des recherches de contrôle concernant la cytologie du liquide céphalo-rachidien et en particulier sur la méthode préconisée par Ravaut de la coloration vitale des leucocytes selon le procédé de Pappenheim-Unna. Il a pris comme base de ces recherches l'article de Ravaut et Boulin, publié dans ces *Annales* en décembre 1927 et l'article plus récent du *Monde Médical*. Sur plus d'un point, il conteste les conclusions de ces deux auteurs, mais il nous est impossible d'entrer dans des détails histologiques qui ne peuvent se résumer.

Nous reproduirons donc les conclusions, d'ailleurs étendues, de ce travail, dans leur intégralité :

C. est tout à fait d'accord avec Ravaut et Boulin pour considérer la

numération pure et simple des cellules blanches présentes dans le liquide des luétiques comme sujette à de nombreuses causes d'erreur, et donnant des résultats qui ne concordent pas toujours avec les réalités cliniques ; elle ne fournit pas des données certaines, attendu que des causes banales multiples peuvent provoquer des pléocytoses même notables, et que, par contre, une forte proportion de tabès et quelques paralysies progressives peuvent ne pas manifester de pléocytose, même dans une période d'évolution ou dans leur phase initiale : et que, par conséquent, fixer une limite entre la quantité physiologique et pathologique est tout à fait arbitraire. Selon certaines statistiques, la limite maxima physiologique serait de 10/3 et, d'après les cas observés par l'auteur, elle serait de 7/3.

Il est également d'accord pour considérer comme inadéquates les méthodes de coloration employées jusqu'ici, et la meilleure de toutes est celle de la coloration vitale, soit avec le mélange vert de méthyle-pyronine, de Pappenheim-Unna, employée par les auteurs français, soit avec le carbol-vert de méthyle-pyronine, employé par C. Il convient donc de louer Ravaut et Boulin, pour avoir employé ce procédé de laboratoire, que l'on peut considérer comme un très grand progrès dans la technique de coloration des cellules contenues dans le liquide céphalo-rachidien et qui pourra difficilement être surpassé par la suite.

C. est en désaccord sur divers détails de coloration et particulièrement d'identification morphologique des éléments et il se sépare des auteurs français quand ils attribuent à de grossières modifications morphologiques une valeur de subdivision des types fondamentaux en nombreuses variétés qui seraient particulières au liquide céphalo-rachidien : pour lui, ces différents types ne sont que l'expression et la conséquence de faits de dégénération cellulaire.

En se basant sur une expérience prolongée pendant quatre années, et spécialement sur 146 observations, choisies comme les plus complètes parmi celles, bien plus nombreuses, sur lesquelles ont porté ses recherches, C. est d'accord pour admettre la présence fréquente d'éléments anormaux et de formules complexes dans les formes de grave et active altération du système nerveux central ; mais il ne s'agit pas d'un fait constant, certain, pathognomonique, en ce que de nombreux cas de métalues peuvent évoluer sans altération de la formule tandis qu'au contraire, beaucoup d'affections non luétiques du système nerveux peuvent donner ces altérations.

La formule normale ne permet pas de nier les lésions parenchymateuses ou vasculaires en évolution ; la formule anormale, selon toute vraisemblance, témoigne d'une souffrance du système méningo-encéphalo-spinal, mais elle n'en révèle ni la nature, ni le siège, ni l'expansion, ni la gravité. Elle indique au clinicien l'existence d'un problème diagnostic qui n'est pas toujours facile à résoudre, elle pose une question étiologique variable pour chaque cas et qui pourra s'orienter

vers les hypothèses les plus disparates, depuis la tumeur cérébrale jusqu'à un processus de myélite syphilitique, comme il est advenu à l'auteur.

La présence d'anomalies morphologiques ne peut pas être invoquée pour établir la progression ou l'arrêt d'une métalues, ni l'efficacité du traitement, parce que l'on peut avoir une formule simple aussi bien dans une phase d'invasion que dans une phase de rémission.

C. estime, contrairement à l'opinion de Ravaut et Boulin, que l'on peut rencontrer des plasma cellules, non seulement chez des sujets non syphilitiques, mais même chez des sujets sans altérations cliniques graves du système nerveux. Que, même lorsque la présence de tels éléments dépend de la syphilis, elle n'indique pas forcément une métalues, fût-elle encore muette, attendu que, selon C., cette réaction peut être occasionnée même par de banales lésions de type tertiaire, et particulièrement des vaisseaux spinaux et méningés.

Il ne considère pas non plus comme démontrée la notion de vitalité cellulaire, déduite par les auteurs français, sur la base de l'évolution du processus de coloration, ni leur affirmation que, dans les formes évolutives, on constate toujours cette prétendue vitalité.

Il résulte de tout ceci, qu'il serait très imprudent de diagnostiquer, *sur la seule formule cytologique*, la métalues préclinique et d'en commencer le traitement, mais C. admet que les anomalies cellulaires réclament une surveillance encore plus attentive d'un vieux luétique, et des examens ultérieurs du liquide.

Il est d'accord pour admettre l'inconstance de la pléocytose dans les méningites et les méningo-encéphalites (avec cette réserve toutefois que, même dans ces formes, il peut ne pas y avoir d'altérations qualitatives) et sur la possibilité de tableaux morphologiques identiques dans la paralysie progressive et dans la syphilis nerveuse.

C. propose que l'on porte une attention particulière sur la dissociation quantitativo-qualitative de la leucocytose, car il a l'impression que, rencontrer chez un luétique l'absence de leucocytose et la présence de cellules pathologiques, est un fait qui présente plus d'importance que des altérations qualitatives contemporaines d'une pléocytose.

Cette recherche des caractères cytologiques est délicate et laborieuse ; elle nécessite un œil exercé ; elle ne donne pas des résultats constants. En somme, C. est pleinement d'accord avec les conclusions de l'école de Pasini, qui nie toute valeur pratique à l'examen cytologique.

Toutefois, quand tous les autres signes sont muets, l'examen cytologique pourra cependant être de quelque utilité. Il pourra être utile d'y recourir, non pas quand les signes cliniques et les recherches de laboratoire plus simples nous donnent des renseignements suffisants, mais lorsque le cas clinique est obscur ; cette méthode ne doit donc pas être employée de préférence aux autres, mais leur être associée.

Enfin, puisque cette méthode permet une identification cellulaire

beaucoup plus fine et complète que celles qui étaient utilisées précédemment, elle pourra être employée avec avantage ailleurs que dans la syphilis (par exemple, dans les cas de tumeurs cérébrales, spinales et méningées), dans tous les cas où l'on est en droit d'espérer que l'examen cytologique pourra donner des résultats utiles au diagnostic.

BELGODERE.

La technique de la coloration de l'antigène appliquée à la réaction de conglomération de Müller (M. B. R.-M. B. R. II), par PINETTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 1895. Bibliographie.

L'auteur, après avoir confirmé la haute sensibilité de la réaction de conglomération de Müller, rapporte les résultats qu'il a obtenus en exécutant la réaction avec un antigène coloré avec le bleu Victoria. Cet artifice technique s'est montré utile pour rendre plus évidents les résultats faiblement positifs avec la technique habituelle.

Au point de vue des résultats obtenus, l'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

1° La M. B. R. et la M. B. R. II présentent un indice de sensibilité supérieur de 1 o/o à celui de la M. T. R. et de 17 o/o à celui de la B.-W.

2° Cette sensibilité plus grande est particulièrement manifeste dans la syphilis primaire et dans la syphilis secondaire latente ou traitée.

3° La M. B. R. et la M. B. R. II ont un indice d'aspécificité supérieur à celui de la M. T. R. de 1,3 o/o et à celui de la B.-W. de 0,8 o/o.

4° Si la coloration de l'antigène s'est montrée utile pour rendre plus évidents les résultats de degré faible, elle n'est d'aucune influence pour augmenter la spécificité de la réaction. BELGODERE.

Action des radiations ultraviolettes in vivo sur le sérodiagnostic de Wassermann, par Pietro NEGRI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 1905. Bibliographie.

L'auteur a étudié le comportement de la réaction de Bordet-Wassermann après des irradiations ultra-violettes répétées sur des sujets atteints de manifestations luétiques cutanées et muqueuses, sur des syphilitiques héréditaires et sur des paralytiques généraux. Chez deux malades on associa l'auto-hémothérapie. Les réactions sérologiques n'ont subi, par l'effet de ce traitement, aucune modification chez les malades atteints de syphilis récente et chez les hérédo-luétiques. Chez 5 des 6 paralytiques généraux, suivis pendant longtemps, on obtint la négativité des réactions sérologiques après 20 à 40 applications photothérapiques. La négativité succéda à une période d'augmentation de la positivité des épreuves sérologiques et persista durant environ 2 mois, bien entendu sans ultérieure intervention thérapeutique. Ces résultats, encore qu'ils soient transitoires, sont d'un grand intérêt, parce qu'il est connu combien sont résistantes les réactions sérologiques syphilitiques chez ces patients, et bien qu'il soit difficile d'en donner une explication théorique, ils rappellent les rapports qui interviennent entre

la peau et le système nerveux et la possibilité, entrevue d'après certaines constatations cliniques, que des stimulations cutanées puissent avoir une influence particulière sur les processus luétiques du système nerveux. BELGODERE.

La réaction de clarification de Meinike (M. K. R.) dans le diagnostic de la syphilis, par Angélo SCARPA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 1916. Bibliographie.

L'auteur, après avoir sommairement rappelé les notions connues sur les réactions de floculation dans le séro-diagnostic de la lues et les théories émises pour en expliquer le mécanisme, fournit des indications sur la M. K. R. ou réaction de clarification de Meinicke et en expose les résultats qui ont été constatés sur 600 sérums de sang, parallèlement aux résultats qui ont été obtenus avec la M. T. R. et la B.-W. qui sont habituellement utilisées dans sa clinique.

Après avoir exposé les avantages et les inconvénients de la M. K. R., l'auteur conclut que celle-ci est une réaction remarquable par sa sensibilité spécifique et par sa facilité d'exécution et surtout pour la facilité de sa lecture. Pour ces raisons, elle devrait être employée communément, associée à la B.-W. BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Sur la réaction de Sachs-Witebsky (Citochol), par F. FRANCHI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 12, décembre 1932, p. 677. Bibliographie.

« Citochol » s'oppose à « lentochol ». La réaction de Sachs-Georgi (lentochol) est une réaction de floculation dans laquelle on utilise un antigène cholestériné. Sachs y a apporté des modifications en mettant à profit les perfectionnements imaginés par Kahn aux méthodes de floculation et il a pu ainsi mettre au point une technique d'exécutions beaucoup plus rapide, d'où le nom de citochol.

F. fait d'abord une revue générale des travaux qui ont été précédemment publiés sur la réaction au citochol. Il rapporte ensuite les résultats de ses propres recherches exécutées sur plus de 1.100 sérums.

Au point de vue de la technique, il a remarqué que l'inactivation du sérum à 60 degrés pendant 5 minutes, plutôt qu'à 56 degrés pendant 30 minutes, donnait des résultats pratiquement excellents : il a donc adopté cette modification qui abrège l'exécution de la réaction.

La citochol-réaction s'est, dans l'ensemble, montrée plus sensible et plus spécifique que la réaction de Wassermann ; elle peut donc figurer en bonne place à côté des autres réactions de floculation pour le séro-diagnostic de la syphilis, et par certaines de ses qualités particulières, elle mérite vraiment une large application dans le domaine pratique.

BELGODERE.

Un cas d'ulcus vulvæ acutum, par Giacomo SANTORI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 12, décembre 1932, p. 695, 2 fig. Bibliographie.

Observation d'une petite fille de 5 ans, qui fut atteinte de fièvre élevée, avec apparition de lésions ulcéreuses des organes génitaux externes, accompagnées d'une sécrétion vaginale purulente abondante. C'était une enfant un peu chétive, et l'examen radiologique révélait des lésions suspectes de l'un des sommets.

Il y avait deux sortes d'ulcérations : les unes, péri-anales, offraient un aspect qui aurait fait penser plutôt à un chancre mou ; les autres, vulvaires, avaient un aspect très différent : c'étaient des ulcérations arrondies, dont les bords n'étaient ni découpés ni minés et la surface était recouverte d'un enduit pseudo-membraneux qui aurait pu faire penser à de la diphtérie vulvaire si les examens bactériologiques n'avaient permis d'éliminer ce diagnostic. De même, la haute élévation thermique ne concordait pas avec le diagnostic de chancre mou.

L'évolution de la maladie, et les recherches bactériologiques, permirent d'identifier ces lésions et de diagnostiquer un *ulcus vulvae acutum de Lipschütz*. En effet, au bout d'une semaine, la température revint à la normale et les lésions ulcéreuses se cicatrisèrent rapidement. Le *bacillus crassus*, avec ses caractères habituels, fut constaté très nettement.

On sait que Lipschütz a décrit, dans la maladie qui porte son nom, deux sortes d'ulcérations : variété *gangréneuse*, variété *vénéroïde*. Dans l'observation ci-dessus, il y avait donc coexistence des deux variétés, ce qui lui donne un intérêt particulier.

On a discuté pour savoir si l'*ulcus vulvae acutum* est une affection purement locale, ce qui est l'opinion de Lipschütz, ou bien si c'est une manifestation locale d'une affection générale, comme le soutiennent certains auteurs.

Pour S., le processus serait dû à une exaltation de la virulence du *B. crassus*, qui vit à l'état normal comme saprophyte sur la muqueuse génitale, mais dans d'autres cas, ce serait une diminution de la résistance du terrain qui favoriserait l'évolution pathologique, et il semble que ce soit le cas dans l'observation étudiée (chétivité, soupçons de bacillose).

En outre des recherches bactériologiques, S. a tenté quelques épreuves biologiques : intradermo-réaction, qui a donné un résultat positif, agglutination, inoculation au lapin, qui donnèrent des résultats négatifs. Mais il fait remarquer que ces épreuves n'ont qu'une valeur relative au point de vue de la spécificité du *B. crassus*, car, comme ce microbe est un saprophyte, il peut bien déterminer un état d'allergie chez n'importe quel sujet, et si l'*ulcus vulvae acutum* est une affection locale, il n'est pas surprenant que la recherche des agglutinines soit négative.

Le problème pathogénique pourrait peut-être aboutir à une solution si l'on faisait une étude plus complète de l'organisme des sujets atteints d'*ulcus vulvae acutum*. Et à ce point de vue, les cas que l'on relève dans la littérature peuvent se répartir en trois groupes :

Premier groupe : ulcères primitifs, dans lesquels la lésion locale constitue toute la maladie, avec ou sans réaction fébrile.

Deuxième groupe : ulcères génitaux, accompagnés d'autres manifestations ulcéreuses de la muqueuse buccale ou de la peau.

Troisième groupe : ulcères génitaux, survenant au cours de maladies générales, d'infections générales aiguës d'étiologie variable.

S. conclut que, dans l'état actuel de nos connaissances, l'*ulcus vulvae acutum* doit être considéré comme une affection bactérienne localisée le plus souvent aux organes génitaux, externes féminins, mais capable cependant de se généraliser par voie hématogène.

Quant aux conditions qui permettent au *B. crassus* d'exercer une activité pathogène, elles nous échappent le plus souvent, mais elles doivent tenir très probablement à des modifications particulières du terrain sous la dépendance, soit de facteurs constitutionnels, soit d'intoxications, soit d'infections de diverse nature. BELGODERE.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Epreuves biologiques sur le liquide céphalo-rachidien dans quelques cas de lèpre, par Agostino AMBROGIO. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 5, novembre 1932, p. 499. 4 pages de bibliographie.

Par analogie avec ce qui a été fait pour la syphilis, divers auteurs dans ces dernières années ont porté leur attention sur les altérations possibles du liquide céphalo-rachidien chez les sujets atteints de la lèpre, mais sans aboutir à des résultats bien convaincants.

L'auteur a voulu examiner à son tour cette question et il aboutit aux conclusions suivantes :

Dans la lèpre, l'examen clinique bénéficie en général d'un cortège symptomatique suffisant pour que l'on puisse considérer comme superflu le secours d'une recherche biologique dont la technique est délicate et qui ne va pas sans quelque désagrément pour les malades.

Cet examen du liquide pourrait présenter un certain intérêt pour le diagnostic seulement dans quelques cas de lèpre nerveuse où la carence de manifestations cliniques typiques pourrait prêter à confusion avec d'autres affections du système nerveux. Tel serait le cas par exemple de certaines formes de lèpre qui peuvent simuler la syringomyélie, ou réciproquement.

D'autre part, les recherches encore peu nombreuses jusqu'ici, qui ont été entreprises dans cette voie, ont donné des résultats assez discordants et d'interprétation difficile qui ne peuvent apporter beaucoup de lumière sur la question. L'analyse faite par l'auteur des divers moyens de recherche biologique du liquide céphalo-rachidien qu'il a expérimentés ne lui a pas donné la conviction que l'une quelconque de

ces méthodes puisse assumer une valeur quelconque aussi bien au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique.

A. n'a pas pu faire d'expériences sur la déviation du complément avec l'antigène lépreux, mais les auteurs qui l'ont employé tout en lui attribuant une sensibilité plus grande que les autres antigènes, reconnaissent que cet antigène lépreux ne peut pas être d'une grande utilité pratique, à cause de l'inconstance et de l'irrégularité des réactions obtenues par son emploi.

L'épreuve de l'agglutination, selon Serra, bien qu'elle ait une certaine valeur spécifique, ne peut pas prévaloir sur la déviation du complément.

L'analyse minutieuse de l'état chimique du liquide céphalo-rachidien (dosage de la lécithine, de l'urée, des chlorures, du glucose, etc...) peut seulement nous indiquer si la physionomie chimique du liquide est altérée ou non. Mais comme nous ne possédons pas une mesure exacte du minimum des altérations chimiques du liquide en rapport avec la maladie, il est impossible d'évaluer, même d'une manière approximative l'intensité des lésions phlogistiques qui en sont la cause ; bien plus, la structure chimique en rapport avec les lésions nerveuses de la lèpre est loin d'être unitaire, et peut se maintenir normale dans des cas cliniquement non douteux.

Il est possible, en effet, que le liquide céphalo-rachidien reste indemne de toute altération pathologique, ou que celle-ci soit à peine ébauchée, si bien qu'il soit impossible de l'évaluer exactement. Cela peut se produire pour de multiples raisons : par exemple, le processus anatomo-pathologique peut être localisé à un point très limité, et donner, à cause de la noblesse du tissu frappé, un ensemble symptomatologique très évident, sans déterminer des signes humoraux importants. Il peut y avoir une localisation exclusive dans le tissu nerveux parenchymateux, sans réaction phlogistique des méninges, ou avec des réactions à peine ébauchées. Il peut y avoir des adhérences du sac arachnoïdien qui empêchent la mobilisation du liquide et maintiennent ainsi latentes les altérations humorales.

Par conséquent, il n'est pos possible d'attribuer à l'examen du liquide céphalo-rachidien une valeur essentielle pour le diagnostic : cependant, cet examen pourra parfois être un moyen auxiliaire utile pour le diagnostic biologique, en vue de confirmer une localisation nerveuse et en particulier une participation des méninges dans un cas de lèpre cliniquement certain. Le résultat de l'examen du liquide peut en outre quelquefois expliquer chez un lépreux une symptomatologie sournoise et obscure d'origine nerveuse dont la clinique ne suffirait pas à donner l'explication certaine (céphalée, états de torpeur, etc...).

Si l'examen du liquide céphalo-rachidien ne peut pas assumer une valeur diagnostique, il ne peut pas davantage avoir de valeur au point de vue du pronostic. En effet, si la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann, la présence des réactions chimiques et colloïdales, la

lymphocytose et les autres preuves biologiques peuvent attester une activité du processus infectieux sur le système nerveux central, elles ne peuvent donner qu'un critère assez vague et incertain sur l'évolution du processus, parce que les réactions humorales de l'inflammation méningée sont, elles aussi, vagues et incertaines.

Enfin, quand il s'agit d'altérations du liquide peu accentuées, l'examen biologique est incapable de nous renseigner sur un point essentiel : c'est-à-dire s'il s'agit d'un processus progressif ou régressif.

Toutefois, l'auteur admet que, si les résultats qu'il a obtenus sont peu caractéristiques, il n'est pas impossible que d'autres recherches entreprises sur une plus vaste échelle et avec des moyens nouveaux, puissent obtenir des résultats plus positifs. BELGODERE.

Etude expérimentale sur l'action pexique de la peau pour les substances circulant à l'état de solution, de solution colloïdale et de suspension, par Franco FLARER. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 5, novembre 1932, p. 556. Bibliographie.

L'auteur a entrepris des recherches dans le but d'étudier à divers points de vue la physiologie vasculaire cutanée. La méthode générale suivie a été la suivante : excitation de la peau, de manière à agir surtout sur les petits vaisseaux de celle-ci, en provoquant précisément des manifestations pomphoïdes et bulleuses, et ensuite, injection dans la circulation de substances de structure diverse et de diverses compositions chimiques, afin d'étudier les modalités de passage et d'arrivée de ces substances venues du sang circulant à la peau elle-même ; il a employé dans ce but des solutions cristalloïdes, des solutions colloïdales et des suspensions. Pour les cristalloïdes : éosinate de césium ; pour les colloïdales : le trypan bleu, le trypan rouge et le rouge Congo ; pour les suspensions : l'encre de Chine.

F. rappelle des expériences semblables qui ont été faites par Gougerot avec l'éosinate de césium. Cet auteur avait constaté que l'injection dans la circulation d'éosinate de césium aboutissait à l'apparition de la couleur rouge au niveau de certaines manifestations cutanées en rapport avec leur physionomie morbide et avec leur stade évolutif. Il en avait conclu que les manifestations cutanées dans lesquelles apparaît la coloration doivent être considérées comme des réactions défensives en ce sens que, par le moyen de ces réactions, l'organisme cherche à se débarrasser de substances nuisibles et à les éliminer, la substance nuisible étant, dans le cas particulier, représentée par l'éosinate de césium.

Les expériences complexes entreprises par l'auteur comportent des détails méticuleux qui ne peuvent se résumer, pas plus que les discussions dont elles font l'objet.

F. aboutit à cette conclusion que la fonction pexique cutanée pour les substances en circulation présente des modalités particulières d'en-

trée en jeu selon l'état physico-chimique de cette substance (cristalloïde, colloïde ou en suspension) et, en outre, elle se manifeste avec des mécanismes divers, les uns immédiats, basés surtout sur la perméabilité capillaire et sur ses variations, les autres médiats, qui ont au contraire très probablement leur substratum dans une augmentation de l'activité fixatrice histioïde.

Il ne partage pas complètement l'opinion de Gougerot : le passage de l'éosinate de césium ne prouve pas qu'il s'agisse d'une réaction de défense, car rien ne prouve que cette substance soit une substance nuisible et, d'autre part, si le passage de l'éosinate est visible parce qu'il est coloré, rien ne prouve que d'autres substances invisibles ne passent pas de même ; on peut donc dire simplement que la perméabilité vasculaire est modifiée de telle manière qu'elle permet le passage de substances qui, normalement, ne passent pas, et il s'agirait là d'une réaction purement locale et non d'une réaction défensive de caractère général.

Quoi qu'il en soit, il est facile de comprendre combien d'intérêt présentent de telles recherches au point de vue de la pathologie cutanée en permettant d'entrevoir la solution de nombreux problèmes pathogéniques que soulève l'étude des dermatoses. BELGODERE.

Contribution à la connaissance de la poïkilodermie atrophiante vasculaire de Petges-Jacobi, par A. MIDANA. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 5, novembre 1932, p. 579, 4 fig. 4 pages de bibliographie.

Cette maladie a été découverte par Petges en 1906 et le nom en a été découvert par Jacobi en 1908. Mais il règne encore beaucoup d'obscurités sur cette maladie peu commune.

L'auteur a eu l'occasion d'en observer 3 cas dont il fait une étude approfondie, clinique, histologique et biologique.

Suit une revue générale de la question avec un recensement de tous les cas qui ont été publiés dans les divers pays, comprenant 158 cas plus une seconde liste de 30 cas douteux.

De cette étude, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le syndrome cutané décrit par Petges constitue bien une entité clinique propre, qui peut être différenciée des formes cliniques voisines par toute une série de caractères cliniques et anatomo-pathologiques.

2° Dans cette dermatose, on peut distinguer une première catégorie de cas où l'affection est caractérisée par une symptomatologie exclusivement cutanée (poïkilodermie pure) et une seconde catégorie de malades chez lesquels, à côté de l'affection cutanée, on peut mettre en évidence un syndrome myosclérosant (poïkilodermatomyosite). Ces deux types cliniques de la poïkilodermie ne sont pas nettement distincts entre eux. La démonstration de l'existence de formes atténuées de poïkilodermatomyosite, ou, pour mieux dire, de formes de passage

entre les cas nets de poïkilodermie pure et ceux de poïkilodermatomyosite, en même temps qu'elle apporte un argument solide en faveur de l'unicité du syndrome, permet d'en distinguer deux variétés cliniques reliées entre elles par toute une série de formes de passage. La poïkilodermie pure, à son tour, selon son extension, peut être distinguée en une forme généralisée (type Jacobi) et une forme localisée au visage et au cou (type Civatte).

3° Les cas dans lesquels peut être démontrée l'existence d'un syndrome myosclérosant correspondent à un pourcentage de 19,6 o/o, par rapport au chiffre total des cas décrits sous l'étiquette de poïkilodermie atrophiante vasculaire.

4° Pour ce qui est des rapports entre le sexe et la poïkilodermie, M. a pu constater une prépondérance notable du sexe féminin sur le masculin. Plus exactement, cette prépondérance se manifeste dans les formes de poïkilodermie type Jacobi et type Civatte, mais elle disparaît dans la poïkilodermatomyosite.

5° Pour ce qui concerne l'âge, si l'on prend comme base la date de la première visite médicale, on constate une répartition à peu près égale des malades entre les 3e, 4e et 5e décades de la vie ; si l'on prend comme base la première constatation faite par les malades, la courbe atteint son acmé dans la 3e décade.

6° La symptomatologie la plus commune de la poïkilodermie, déjà bien connue et définie dans tous ses éléments et dans son évolution, est accompagnée d'une série de manifestations subjectives et objectives (prurit, lésions des muqueuses, desquamations, œdèmes) qui, soit par leur apparition aux stades de début de la maladie, soit par leur localisation, peuvent contribuer à définir le type clinique et représenter un utile élément de diagnostic différentiel.

7° La lésion initiale siège, avec une prédilection particulière, au visage : à la période d'état, dans la plupart des cas, la dermatose est généralisée ; par ordre de fréquence, les lésions se succèdent aux extrémités, au tronc et au visage.

8° Des facteurs nombreux et variés ont été successivement pris en considération pour essayer d'interpréter la pathogénie de la poïkilodermie et, parmi ceux-ci : les altérations congénitales, les facteurs atmosphériques, les influences toxiques, les troubles neuro-endocriniens. Dans l'état actuel de nos connaissances, les altérations primitives et secondaires de l'appareil neuro-endocrinien, et les modifications qui en sont la conséquence au point de vue de l'équilibre de la nutrition et des altérations de la crase sanguine (toxines spécifiques en circulation) doivent être prises en considération d'une manière toute particulière, dans l'étude du mécanisme étiopathogénique de ce syndrome cutané, en faisant aussi la part à une prédisposition cutanée d'origine germinale.

9° Il n'existe pas, pour le moment, de traitement spécifique de la

poïkilodermie : il convient de signaler les bons résultats qui auraient été obtenus par certains par le traitement avec les rayons de Bucky.

10° Les trois cas cliniques rapportés par l'auteur ne s'écartent pas, au point de vue morphologique, du tableau typique de la poïkilodermie. Ils présentent cependant des particularités intéressantes sur les points suivants : *a*) certains caractères cliniques cutanés : altérations des ongles, lésions des muqueuses, absence de sécrétion sudorale sur toute l'étendue de la peau dans un de ces cas, réactivation de la dermatose par l'exposition au froid dans un autre cas ; *b*) lésion systématisée de tout l'appareil lymphatique, chez deux de ces malades : il s'agit, au point de vue histologique, d'une hyperplasie très accentuée de tout le système réticulo-endothélial glandulaire, aux dépens du tissu lymphatique fonctionnant, lésion qu'il convient peut-être de mettre en rapport avec un facteur irritatif chronique de nature probablement toxique ; *c*) insuffisance hypophysaire et testiculaire évidente constatées et démontrées dans un des cas par les données cliniques, les épreuves pharmacodynamiques et l'examen radiographique. BELCODERE.

Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii (Moscou).

Les résultats de l'essai clinique des émulsions de Bijochinol à 20 et 30 0/0, par A. A. BARANOFF et G. B. KORCHOUNE, S. A. LOTAPOFF et N. S. SMÉLOFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 4, avril 1932, pp. 29-34, avec 13 tableaux.

Après quelques données bibliographiques, les auteurs passent à leurs recherches personnelles faites dans le but d'établir si les émulsions plus concentrées d'un produit bismuthique, ont un effet plus rapide sur les accidents cliniques et sérologiques de la syphilis et si elles n'abrègent pas la durée du traitement. Les auteurs ont choisi le Bijochinol (Quinby russe) qui est le produit bismuthique le plus répandu en Russie.

Les documents des auteurs concernent 267 malades traités par le Bijochinol à 10 o/o, 312 soignés par le Bijochinol à 20 o/o et 94 traités par le Bijochinol à 30 o/o. Les auteurs ont comparé la durée de la disparition des accidents primaires, secondaires, tertiaires, de la négativation des séro-réactions et le pourcentage des complications dues aux médicaments.

Leurs conclusions se résument ainsi : l'action des émulsions de Bijochinol à 20 et 30 o/o sur les manifestations cliniques de la syphilis est presque la même que celle de l'émulsion à 10 o/o ; quant à l'effet sur le Bordet-Wassermann, l'émulsion à 30 o/o agit plus vite que celles à 10 et 20 o/o. Les préparations à 10 o/o se résorbent plus vite que celles à 20 et 30 o/o. Les accidents dus aux médicaments à 20 et 30 o/o sont plus fréquents qu'avec ceux à 10 o/o, mais ils ne sont pas si graves et durables qu'ils empêchent la continuation du traitement. Les auteurs proposent de continuer les essais avec les émulsions plus concentrées afin d'abréger la durée de chaque cure spécifique. BERMANN.

La prostatite chronique et l'urèthre postérieur, par I. M. Poroudominsky. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii* nº 4, avril 1932, pp. 35-43.

Sur les 425 malades atteints de prostatite chronique étudiés par l'auteur, il y en avait 335, donc 79 o/o, qui avaient la blennorragie comme cause de leur affection. Ce n'est que dans 89 cas, donc 25 o/o, que la prostatite était due à d'autres causes. C'est ce qui explique la grande fréquence de la prostatite chronique dans l'âge le plus actif. En effet, 335 malades, donc 79 o/o, étaient âgés de 21 à 40 ans.

La durée de la prostatite chronique est habituellement longue. Ainsi, sur 300 prostatites chroniques, 49 o/o ont été soignées durant 3 mois, 27 o/o durant 6 mois, 15 o/o durant 12 mois et 9 o/o durant plus d'un an. Sur ces 300 malades, 94, donc 31 o/o, ont guéri, c'est-à-dire ne présentaient plus de symptômes cliniques et microscopiques de leur affection. Mais on peut constater que plus la prostatite a duré, moins elle est sujette à guérison. Les cas guéris se rapportent le plus souvent à ceux qui ont été traités le moins longtemps. La guérison peut ne pas se maintenir. Ainsi, sur 15 malades considérés comme guéris et observés durant une période de 9 à 24 mois, il n'y en avait que 9 qui aient gardé leur état normal. La difficulté des soins s'explique non seulement par la constitution anatomique de la prostate et sa disposition, mais aussi par l'influence qu'exerce sur cet organe l'urèthre postérieur. Les processus se passant dans l'un de ces organes atteignent nécessairement l'autre, par suite de leur proximité et de leurs connexions anatomiques étroites. Sur 50 malades atteints de prostatite chronique, il n'y en avait que 20 o/o qui ne présentaient à l'urétroscope aucune modification de la muqueuse de l'urèthre postérieur. Les autres 80 o/o en présentaient, surtout des granulations, des folliculites et des infiltrations. L'urine ne reflète pas toujours l'état de l'urèthre postérieur, pouvant rester claire au cours d'altérations même profondes de la muqueuse uréthrale.

Ces considérations montrent la nécessité de soigner simultanément l'urèthre postérieur en cas de prostatite chronique. Les 300 malades ont été traités le plus souvent par des lavages uréthraux, puis par des instillations, ensuite par des interventions endo-uréthrales, à part naturellement, des massages de la prostate. Malheureusement les manipulations uréthroscopiques ont été appliquées très rarement. L'observation des malades montre que les lavages et les instillations n'exercent aucune action énergique sur l'urèthre postérieur et la prostate, sans parler du massage seul. La thérapeutique efficace ne peut se faire que sous le contrôle de l'urétroscope. Les badigeonnages au nitrate d'argent concentré (10 et 25 o/), la galvanocaustique, la dilatation mécanique à l'aide du Kollmann agissent beaucoup plus vigoureusement. Ces méthodes ont permis la guérison de 12 malades parmi 28 cas chroniques et rebelles, soit 44 o/o. Le nombre des guérisons est d'autant plus élevé que la thérapeutique employée a été plus active.

L'auteur conclut que le traitement de la prostatite chronique doit porter non seulement sur cet organe, mais aussi sur l'urèthre postérieur,

avec lequel la prostate se trouve en rapport intime et que ce traitement doit être endo-uréthral selon le caractère des modifications de la muqueuse constatées à l'uréthroscopie. BERMANN.

La valeur comparée de la réaction au citochol avec la réaction de Bordet-Wassermann et celle de Kahn, par G. I. BOÏÉWSKAÏA et E. M. KHANINA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 4, avril 1932, pp. 44-46.

La réaction au citochol est la réaction de Sachs-Witebsky, lancée en 1928 et présentant une variation de la réaction de Sachs-Georgi. Elle s'appelle cito-chol, par abréviation pour désigner qu'elle se fait rapidement et avec de la cholestérine (cito-cholestérinée), pour la distinguer de la réaction primordiale de Sachs-Georgi dont elle provient et qui s'appelle lento-chol également par abréviation (lento-cholestérinée) et qui se fait lentement et avec de la cholestérine.

Les auteurs ont examiné 1.524 sérums. Ce sont les réactions au citochol et de Kahn qui ont fourni le plus grand pourcentage de concordance : 97,5 o/o ; les réactions au citochol et celle de Bordet-Wassermann ont coïncidé dans 93,3 o/o ; les réactions de Kahn et celle de Bordet-Wassermann ont été concordantes dans 92,5 o/o.

Les sérums syphilitiques étaient au nombre de 797. Dans la syphilis secondaire active, c'est le Bordet-Wassermann qui se montre le plus souvent positif (100 o/o), tandis que le Kahn n'a fourni que 72,2 o/o et le cito-chol 68,1 o/o des réponses positives. Dans la syphilis primaire active, c'est la réaction de Kahn qui a été le plus fréquemment positive (34,6 o/o), alors que le cito-chol n'a fourni que 26,9 o/o et le Bordet-Wassermann 23 o/o des résultats positifs. Il en allait de même pour la syphilis tertiaire active où la positivité était de 63,6 o/o pour le Kahn, de 54,5 o/o pour le cito-chol et de 45,4 o/o pour le Bordet-Wassermann. Pour la syphilis latente, primaire, secondaire et tertiaire, la différence des résultats positifs n'était pas très grande : Kahn, 24,5 o/o ; cito-chol, 22 o/o et Bordet-Wassermann, 21,8 o/o. Dans les syphilis viscérale et nerveuse, groupe réuni, le cito-chol se montre plus sensible : 30,6 o/o de réponses positives, tandis que le Bordet-Wassermann en montre 27,3 o/o et le Kahn 25,8 o/o.

Sur les 566 cas de personnes bien portantes, il n'y avait pas un seul résultat positif d'après les 3 réactions étudiées.

Parmi les 254 cas d'affections non syphilitiques (blennorragie, dermatoses variées, etc.), il y avait quelques rares réponses positives, mais on ne peut les rapporter aux non spécifiques, car les sujets n'étaient pas suffisamment étudiés au point de vue de la syphilis.

Parmi les 205 cas de réponses discordantes, les auteurs notent que dans 40 cas le Bordet-Wassermann était positif, tandis que les réactions de floculations étaient négatives. Dans 106 autres cas, c'était le contraire : réponses positives pour les réactions de floculation et négatives pour le Bordet-Wassermann. En outre, dans 64 cas, le Kahn était positif et le cito-chol négatif, alors que pour 30 autres cas, c'était l'inverse.

Les auteurs concluent que les réactions sérologiques classiques et de floculation ne peuvent se suppléer les unes les autres ; elles se complètent réciproquement et doivent être pratiquées parallèlement.

Bermann.

Un cas de purpura cérébral novosalvarsanique, par S. L. Syrkine. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 4, avril 1932, p. 47.

L'auteur a observé un cas rare de purpura cérébral d'origine novosalvarsanique.

Il s'agit d'une élève de 13 ans se plaignant de maux de gorge et dirigée par le médecin traitant sur la consultation vénéréologique. La malade est une fille pâle, affaiblie, amaigrie. Elle présente un reliquat d'ulcère induré de l'amygdale gauche avec adénopathie sous-maxillaire du même côté, une angine spécifique, une syphilide psoriasiforme du cou, du tronc et des extrémités, une polyadénopathie indurée et indolore et une réaction de Bordet-Wassermann positive.

La malade a reçu 4 injections intramusculaires de Bijochinol (Quinby russe) à 2 grammes et 2 injections intraveineuses de novosalvarsan (néo russe) à 0 gr. 30. Bientôt après la dernière injection de novosalvarsan, la malade est prise de céphalées croissantes, puis de vomissements, ensuite elle a perdu connaissance et est tombée dans le coma. Dans la suite, on constate des convulsions épileptiformes, des émissions involontaires et fréquentes d'urine, une tachycardie et une excitabilité réflexe très élevée.

L'absence de passé épileptique, la durée et la stabilité de l'état dont le caractère n'était pas épileptique excluaient son origine épileptique et le diagnostic de spasme vasculaire provoqué par le bismuth. La sécrétion abondante d'urine, ne contenant que des traces d'albumine et pas de cylindres, ainsi que la pression artérielle modérée excluaient l'urémie. L'éclosion brusque des symptômes graves sans signes précurseurs excluait la syphilis cérébrale précoce, ainsi que la réaction de Jarisch-Herxheimer. L'organisme jeune et instable de la malade, épuisé par une alimentation insuffisante ont affaibli l'endothélium vasculaire que la syphilis a rendu plus sensible au salvarsan qui est devenu plus toxique pour lui.

Les injections d'adrénaline et la saignée ont guéri la malade au bout de 4 jours de traitement à l'hôpital.

L'auteur conclut au purpura cérébral d'origine salvarsanique, variété la plus fréquente d'intoxication salvarsanique.

Bermann.

Un cas de balano-posthite blennorragique isolée, par M. I. Farbère-*Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 4, avril 1932, p. 48.

Dans la bibliographie qui était à la disposition de l'auteur, il n'a trouvé que 4 cas de balano-posthite blennorragique isolée. Son cas personnel est le cinquième. Il se rapporte à un journalier de 25 ans.

célibataire, qui a ressenti des brûlures au gland au bout de 7-8 jours après un coït avec une prostituée. Bientôt apparaît un phimosis avec sécrétion purulente à l'intérieur du prépuce qui est rouge et œdémateux. Adénopathie inguinale légèrement douloureuse. Les urines émises après des manipulations prudentes sont claires. Le pus du sac préputial contient des gonocoques. Les bains et les lavages au protargol en solution faible font cesser le phimosis au bout de 2 semaines de traitement. Le feuillet interne du prépuce, ainsi que le gland, se montrent érosifs. On trouve, en plus, une érosion ovale à bord enflammé située à un demi-centimètre du sillon balano-préputial. Le traitement durant encore une semaine (soit en tout 3 semaines) a amené une épithélisation totale du feuillet interne du prépuce et du gland. L'adénopathie inguinale a régressé complètement. Pendant les 2 mois où le malade a été en observation, l'uréthrite ne s'est pas développée.

BERMANN.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

TRAVAUX ORIGINAUX



GRANULOME ULCÉREUX DES ORGANES GÉNITAUX

Par MM.

Paul VIGNE,
Chargé de cours de
Clinique Dermatologique

L. BOYER,
Chef des travaux de
bactériologie

à la Faculté de Médecine de Marseille.

Le granulome ulcéreux des organes génitaux est une affection relativement fréquente en Amérique, particulièrement en Amérique du Sud. Elle n'est que rarement signalée en Europe, Darier en a observé deux cas à Paris pendant la guerre, Martini un cas en Allemagne, Gougerot un cas à Paris. Nous venons récemment d'en observer un cas à Marseille dont voici l'observation :

Christine S... âgée de 44 ans, fille soumise, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Elle est mariée et sans enfant. A l'âge de 17 ans, elle fait un avortement de trois mois, quinze jours après cet avortement la malade ressent brusquement des vertiges et fait un ictus avec hémiplégie droite et troubles de la parole. Un an après, la marche est redevenue normale et il ne persiste aux membres supérieurs qu'une rétraction de la main et des doigts.

Vue pour la première fois en 1924 au dispensaire prophylactique de l'Hôtel-Dieu, elle y est traitée pour sa syphilis ancienne. Elle vient régulièrement au traitement depuis cette époque et reçoit en moyenne deux à trois séries par an de novarsénobenzol, d'acétylarsan ou de muthanol.

Le début de la maladie actuelle date de janvier 1931 et se serait fait, dit-elle, par une légère ulcération de la vulve qui peu à peu aurait grandi. Quand la malade entre dans le service le 17 octobre 1931, elle présente en effet sur la région supra-vulvaire et pubienne une ulcération de la grandeur d'une pièce de 5 francs profonde à contours irréguliers et saillants, d'aspect général gangréneux et dans le sillon génito-crural droit une ulcération allongée de 4 centimètres de longueur, peu profonde (fig. 1). L'intradermo-réaction au Dmelcos est positive ; pensant alors à un phagédénisme chancrelleux, on pratique des applications locales de novarséno-

benzol et des injections intraveineuses de vaccin anti-strepto-bacillaire. Sous l'effet de la thérapeutique locale, l'ulcération semble se déterger, bourgeonne sur toute sa surface, la sérosité est moins fétide et la malade sort, quoique non guérie, sur sa demande, en décembre 1931.

Elle entre à nouveau en salle en février 1932 pour les mêmes lésions qui ont repris, sans soins locaux, leur marche envahissante. On constate



Fig. 1. — *Granulome ulcéreux*, photographie du 10 décembre 1931. L'ulcération évolue depuis 7 mois.

alors à l'examen (fig. 2 et 3) trois ulcérations, l'une au niveau du mont de Vénus, les deux autres dans chaque sillon génito-crural.

1° L'ulcération du mont de Vénus a la forme d'un croissant embrassant dans sa concavité l'angle supérieur de la vulve. Ses dimensions sont de 8 centimètres de long sur 6 centimètres de large, elle est profonde, un peu anfractueuse. Les bords sont surélevés, végétants, papillomateux, en certains points un peu décollés. Ils sont rouge vif ou violacés. Le fond

de l'ulcération est recouvert d'une sérosité jaune verdâtre, d'odeur fétide, qui cache à demi de grosses granulations et des bourgeons surélevés et rougeâtres.

L'ulcération ne touche en aucun point la muqueuse vulvaire et s'arrête net à la base du clitoris ; elle descend de chaque côté de la vulve et s'étend peu à peu sur les grandes lèvres. Elle n'est pas douloureuse ni spontanément, ni à la palpation ; l'ensemble n'est pas induré mais légèrement rénitent.

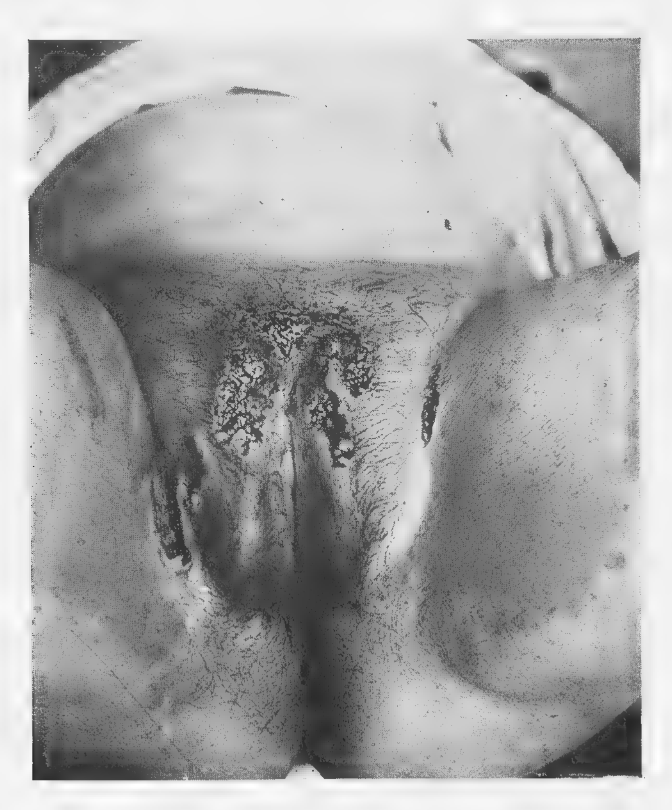


Fig. 2. — *Granulome ulcéreux*, photographie du 22 février 1932. A cette époque est apparue spontanément dans le sillon génito-crural gauche une ulcération profonde, en feuillet de livre, à bords élevés et végétants.

2° L'ulcération du pli inguinal droit s'est nettement développée depuis le dernier examen. Elle mesure maintenant 8 centimètres de long sur 2 à 3 centimètres de large, elle n'a cédé jusqu'ici à aucun traitement local. Actuellement, elle pousse un prolongement de la dimension d'une pièce de 2 francs vers la partie de l'ulcération médiane qui descend sur la

grande lèvre droite, laissant persister encore un petit pont cutané de un centimètre de large. Cette ulcération est assez profonde, en feuillet de livre, coupée à pic, laissant écouler une sérosité purulente et jaunâtre. Il y a très peu de bourgeons charnus au fond de la plaie mais les bords sont décollés, rouges, comme minés ; à la partie inférieure, ils sont particulièrement épais et soulevés.

3° L'ulcération du pli inguinal gauche est toute récente et a débuté en



Fig. 3. — *Granulome ulcéreux,* photographie du 22 février 1932. L'ulcération profonde, en tranchée, du pli génito-crural droit pousse un prolongement tendant à rejoindre l'ulcération centrale.
Pas d'adénopathies inguinales.

peau saine il y a un mois (comparer les deux photographies prises à deux mois d'intervalle). Elle occupe exactement le pli génito-crural à la hauteur du clitoris. C'est une ulcération de la dimension d'une pièce de 2 francs, profonde, à fond tourmenté et diphtéroïde, suintante, sans

aucune induration de base, avec des bords rouges, un peu surélevés. Au-dessus de celle-ci on note une autre ulcération particulièrement profonde, putéiforme, à bords taillés à pic et à fond jaunâtre.

De ces ulcérations s'écoule un séro-pus jaunâtre très fétide.

Ces ulcérations ne sont pas douloureuses et ne gênent guère la malade qui peut encore marcher avec facilité. L'état général est bon, un embonpoint marqué est bien conservé.

Il faut noter l'absence totale d'adénopathies et particulièrement d'adénopathies inguinales.

En présence de ces ulcérations limitées à la région paragénitale, à fond rougeâtre fortement granuleux, à bords taillés à pic, surélevés, végétants, à marche chronique, ne s'accompagnant ni de douleurs ni d'adénopathies appréciables, nous pensons à un granulome ulcéreux des organes génitaux malgré la rareté de l'affection chez des Européens n'ayant jamais quitté l'Europe, diagnostic qui fut confirmé par la suite par les recherches de laboratoire.

La malade est alors mise au traitement classique de l'ulcère granuleux par les dérivés stibiés. Il a été fait une série d'une vingtaine d'injections intraveineuses de néostibosane. En même temps, on pratiquait sur l'ulcération centrale, une application radiothérapique (6 H à travers 20/10 de millimètre d'aluminium).

L'amélioration est assez rapide dès le début du traitement. L'ulcération se déterge et sa progression est complètement enrayée. La sérosité est moins abondante et non fétide et la guérison semblait en bonne voie. Malheureusement la malade très indisciplinée craint, sans raisons valables d'ailleurs, une nouvelle application de rayons X et exige sa sortie du service et quitte la ville.

Examen bactériologique

Des frottis obtenus avec les produits de raclage de la lésion, nous ont montré quelques très rares cocci gramophiles, isolés ou réunis en diplocoques et des diplobacilles Gram négatifs, ayant environ 2 μ de long sur 0 μ 5 de large, entourés d'un halo réfringent, rappelant nettement l'aspect d'un germe appartenant au groupe des bacilles muqueux encapsulés dont le pneumobacille de Friedländer est le prototype.

Tous les prélèvements effectués à plusieurs jours d'intervalle ont présenté la même image bactériologique.

De patientes recherches n'ont pas permis de découvrir un bacille du type Ducrey, pas plus que des éléments spiralés. Il ne nous a

pas été possible de déceler aucune mycose tant par examens directs répétés que par cultures sur milieux appropriés.

Des isolements sur plaques de gélose ordinaire et de gélose ascite ont donné :

1° De nombreuses colonies qui ont permis d'identifier des staphylocoques blancs et chromogènes ;

2° Des colonies présentant l'aspect macroscopique du groupe strepto-entérocoque ; leurs caractères microscopiques et culturaux et la grande longévité des cultures autorisent à les considérer comme des colonies d'entérocoque ;

3° Quelques colonies de corynebacterium cutis ;

4° De rares colonies blanches, visqueuses constituées par des éléments bacillaires Gram négatifs assez polymorphes.

Le microbe ayant donné ces dernières colonies a retenu tout particulièrement notre attention. Nous avons noté les caractères des cultures qu'il nous a été possible d'obtenir.

En bouillon, il cultive facilement. En 24 heures il produit un trouble intense du liquide, avec une légère colerette muqueuse à la surface ; les jours suivants il forme un sédiment abondant, visqueux, adhérent, qui, par agitation, se répartit dans le liquide sans formation de grumeaux. En piqûre sur gélatine, il donne après deux ou trois jours, une traînée blanchâtre dans toute la profondeur du trait de piqûre et un disque saillant à la surface. Même après 1 mois, on n'observe aucune ébauche de liquéfaction. Il donne sur sérum coagulé une culture abondante, visqueuse, sans caractères bien spéciaux. Sur pomme de terre, il pousse sous forme d'un amas muqueux épais, blanc jaunâtre. Il coagule le lait après 4-5 jours d'étuve. Il se développe en bouillon sous huile de vaseline ou en gélose profonde.

Nous n'avons jamais observé de mobilité chez ce germe cultivé en milieux liquides. Dans les milieux albumineux, il reprend l'aspect encapsulé que nous avons remarqué sur les frottis provenant directement de la lésion. Les réactions de l'indol et de l'hydrogène sulfuré se montrent constamment négatives dans les cultures. Il réduit le rouge neutre et décolore le tournesol. Il fermente : glucose, lévulose, maltose, saccharose, galactose, lactose, mannite. Il ne paraît pas attaquer ou attaque très peu la glycérine et la dulcite.

A notre avis tous ces caractères permettent *de classer, dans le groupe du bacille de Friedländer, le germe* que nous avons aperçu dans la lésion et *isolé par culture.*



Fig. 4. — *Granulome ulcéreux*, ulcération primitive centrale × 25. Coloration : hématoxyline-érythrosine-safran.

A droite, l'épithélium en acanthose et forte papillomatose formant le bord saillant et végétant.

En haut, et s'étendant vers la gauche, l'ulcération et son exsudat séro-hématique.

Au-dessous, une couche épaisse de polynucléaires (plus sombre sur la microphoto). Plus bas l'infiltrat qui descend profondément dans le derme et forme des manchons plasmocytaires autour des vaisseaux. Au-dessous de l'infiltrat un de ces vaisseaux est nettement visible.

En bas et un peu à gauche, nodule de structure tuberculoïde bien limité avec une cellule géante (voir fig. 5).

Examen histopathologique

Un fragment de tissu a été prélevé en bordure de l'ulcération centrale. Fixation au Bouin. Colorations : hématoxyline-érythrosine-safran et trichromique.

A un faible grossissement, la coupe montre à droite, un épithélium épaissi et à gauche une ulcération profonde.



Fig. 5. — *Granulome ulcéreux*, coupe précédente × 60.
Détail du nodule tuberculoïde. Cellules lymphoïdes et épithélioïdes avec une cellule géante (un peu au-dessus du centre).
Tout autour tissu conjonctif épaissi.

A un plus fort grossissement, l'épiderme à droite est le siège d'une forte acanthose et papillomatose qui forme le bord en relief. L'ulcération est profonde avec un bord net taillé à pic. Elle est à demi comblée par une croûte séro-hématique comprenant à son intérieur de nombreux globules de pus. Le fond de l'ulcération est

constitué par une couche plus dense de polynucléaires et de débris de noyaux.

Au-dessous et s'étendant assez loin dans le derme, débordant les limites de l'ulcération, on note une infiltration très dense. L'infiltrat est formé de cellules les plus diverses, lymphocytes, plasmocytes en très grand nombre, épithélioïdes, grosses cellules à noyaux uniques et clairs, polynucléaires et quelques rares éosinophiles. On remarque aussi de loin en loin une cellule en kariokinèse. L'infiltrat forme autour des vaisseaux des manchons plasmolymphocytaires importants; certains d'entre eux ne sont formés presque exclusivement que de plasmocytes. Les vaisseaux sont en général peu touchés, ceux qui sont situés tout près de l'ulcération sont dilatés et gorgés de polynucléaires, quelques autres dans la profondeur sont atteints d'un certain degré d'endovascularite (fig. 4).

Tout à fait dans la profondeur au contact presque du tissu cellulo-graisseux, on trouve au milieu du tissu conjonctif, plusieurs nodules denses, formés surtout de lymphocytes et de cellules épithélioïdes et de quelques éosinophiles. Ces formations n'ont pas d'orientation folliculaire nette. Cependant elles présentent en leur centre une ou plusieurs cellules géantes, typiques (fig. 5).

Le tissu conjonctif est épaissi partout; il est riche en cellules conjonctives ; par place, il est légèrement œdémateux.

Une coloration au Giemsa nous a montré quelques rares éléments microbiens allongés ou en diplobacilles, libres ou inclus dans de grosses cellules mononucléées, plus particulièrement dans la zone superficielle au contact des polynucléaires.

Etude expérimentale

Nous avons pratiqué le 22 février 1932 à la face externe de la cuisse droite, une inoculation en déposant une petite quantité de l'exsudat purulent, recueilli au niveau de l'ulcération supra-vulvaire, sur un point du tégument légèrement scarifié au préalable. Protection par verre de montre. Le lendemain, on note une grosse papule rougeâtre et au bout de trois jours, au milieu d'une zone érythémateuse de la largeur d'une pièce de 50 centimes, une ulcération que l'on met à nu en soulevant une croûte séro-hématique assez adhé-

rente. Cette ulcération est rouge, non douloureuse, les bords sont nets, taillés à pic, un peu surélevés; elle laisse s'écouler quelques gouttes d'une sérosité légèrement louche. Une semblable inoculation pratiquée au-dessous de la précédente a donné en trois jours des résultats très comparables.

L'examen microscopique de la sérosité montre au milieu des nombreux polynucléaires des cocci Gram positifs mais pas de Ducrey ni d'éléments spiralés. Un isolement en boîte de Petri donne



Fig. 6. — *Granulome ulcéreux*, ulcération de l'inoculation expérimentale × 50. A gauche et à droite, réaction acanthosique de l'épiderme formant léger rebord. Au centre l'ulcération. Dans le fond, on rencontre successivement une couche épaisse de polynucléaires (dans laquelle on trouve des diplobacilles), un infiltrat lymphoplasmocytaire et tout à fait dans la profondeur des formations tuberculoïdes avec cellules géantes (voir fig. 7).

exclusivement des colonies de staphylocoques blancs et de staphylocoques dorés.

La deuxième ulcération d'inoculation est enlevée largement et la pièce fixée au Bouin. L'examen histologique montre une ulcération profonde limitée de chaque côté par des bords épais taillés à pic, même un peu décollés. Elle est recouverte d'une croûte séro-héma-

tique au-dessous de laquelle on trouve une couche régulière et dense de polynucléaires (fig. 6).

Au-dessous d'elle, l'infiltrat s'étale au milieu du derme et englobe les vaisseaux. Il change de caractère et on ne trouve plus que des plasmocytes, des lymphocytes et des épithélioïdes.

Enfin, tout à fait dans la profondeur, au contact du tissu cellulaire,



Fig. 7. — *Granulome ulcéreux*, même préparation × 180. Nodule tuberculoïde situé profondément, au contact presque du tissu cellulaire sous-cutané, avec cellules lymphoïdes, épithélioïdes et cellule géante.

on note des formations tuberculoïdes formées de cellules lymphoïdes et épithélioïdes avec de grosses cellules géantes. On rencontre donc sur cette coupe *toutes les caractéristiques histologiques du granulome.*

Une coloration au Giemsa nous a montré dans la zone profonde des polynucléaires, des diplobacilles, qui morphologiquement peuvent être considérées comme très analogues au bacille de Friedländer.

Inoculations au cobaye

Il a été pratiqué une inoculation sous-cutanée et une inoculation intradermique du pus chez le cobaye. Ces deux inoculations ont été complètement négatives et nous n'avons obtenu ni lésion locale ni lésions générales. L'animal, en bon état physiologique, a été sacrifié au bout de trois mois et ne présentait aucune lésion tuberculeuse, viscérale ou ganglionnaire.

*
* *

Dans l'observation de granulome que nous venons de rapporter, quelques points méritent d'être signalés plus particulièrement.

Tout d'abord il est assez rare d'observer cette affection chez des Européens qui n'ont pas quitté l'Europe. C'est le cas pour notre malade qui n'a jamais voyagé hors de France, mais fille soumise du quartier réservé, voisin du port, elle a eu de fréquents contacts avec des navigateurs et des étrangers et a pu se contaminer auprès d'eux.

Fait également inhabituel, quoique déjà signalé et tout récemment encore par M. Gougerot, l'affection n'a pas eu la zone génitale pour lieu d'élection; les placards ulcéro-végétants siègent exclusivement dans les plis génito-cruraux et autour de la vulve n'empiétant à aucun moment sur la muqueuse vulvaire elle-même. A ce propos, on peut se demander une fois de plus, si dans tous les cas de granulome, il y a lieu d'incriminer uniquement une contamination vénérienne. Si celle-ci est admise en général par les médecins sud-américains, elle reste douteuse pour M. Darier et elle est niée complètement par M. Gougerot qui propose d'appeler le granulome « *Phagédénisme de Mac Leod-Donovan* » (1).

Nos recherches bactériologiques nous ont permis de mettre en évidence au niveau des lésions un germe qui par ses caractères biologiques, culturaux et biochimiques doit être classé dans le groupe des bacilles muqueux encapsulés dont le prototype est le pneumobacille de Friedländer. Ces caractères constatés par nous sont identiques à ceux attribués au micro-organisme isolé dans le pus du granulome par Donovan en 1905 et décrit par Aragao et Viana sous le nom de *Calymmato bacterium granulomatis*.

En Amérique du Sud, où les cas de granulome sont relativement assez nombreux, les différents auteurs ne semblent plus actuellement contester le rôle pathogène du *Calymmato bacterium* (2). Roffo, Silva Araujo, Rodriguez, Stajano, le considèrent comme réellement spécifique de l'affection.

Nos constatations bactériologiques et anatomo-pathologiques nous permettent, semble-t-il, d'admettre cette opinion puisque nous avons pu mettre en évidence ce germe, ou tout au moins un bacille encapsulé très similaire, dans le pus et dans les coupes de l'ulcération primitive et que de plus, il nous a été possible de reproduire cliniquement et histologiquement le granulome dans nos essais d'inoculation expérimentale.

Mais, d'autre part, nous savons que des microbes très semblables ont été trouvés par Gougerot sur d'autres phagédénismes cutanés et que le granulome peut succéder à des ulcérations diverses des organes génitaux, bubons suppurés ou fistulisés, lésions spécifiques érosives, aussi peut-on se demander si le bacille encapsulé trouvé dans ces ulcérations n'est pas simplement ici un agent d'infection secondaire. Celui-ci apporterait à des lésions ulcératives d'origines diverses déjà constituées, son caractère propre de gravité. On sait, en effet, que les microbes de ce groupe possèdent tous des propriétés nécrosantes. C'est ainsi que leur prototype, le bacille de Friedländer, peut dans des infections pleuro-pulmonaires, produire de véritables escharifications, des gangrènes non putrides dont la tendance destructive est telle qu'elle leur a valu le nom de pneumonies disséquantes.

Par un processus analogue, le *Calymmato bacterium granulomatis*, très proche voisin du Friedländer sinon identique, infectant secondairement des lésions génitales même minimes, provoquerait à leur niveau ces ulcérations étendues, profondes et phagédéniques qui constituent le granulome ulcéreux. Rien n'empêcherait d'ailleurs que ce germe, dans certaines conditions de milieu, de race ou de climat, n'accroisse sa virulence. Il pourrait alors devenir pathogène d'emblée, ce qui expliquerait les faits de contagion indéniables ou encore les épidémies de granulome comme celle qui décima, il y a quelques années, la tribu des Marandinois en Nouvelle-Guinée hollandaise.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous signalerons la

structure un peu particulière du granulome. Celui-ci est constitué au niveau de l'ulcération par des lésions d'inflammation banale, puis plus bas par un infiltrat très dense de cellules diverses, mais plus particulièrement de plasmocytes. Nous remarquons également, dans la profondeur, des formations tuberculoïdes bien limitées avec cellules géantes ; celles-ci déjà signalées par Cole et Miskjian (3) n'ont pas été retrouvées par tous les auteurs. Elles sont particulièrement nettes sur nos coupes.

Dans l'ulcération d'inoculation expérimentale âgée seulement de 5 jours, nous avons retrouvé les mêmes formations histologiques y compris les nodules tuberculoïdes avec cellules géantes, reproduisant fidèlement la structure du granulome primitif.

Au point de vue thérapeutique, nous noterons la rapide action de l'association de la médication antimoniée et de la radiothérapie.

1. Gougerot, Bertillon et Mlle Roques. — *R. pratique des mal. des pays chauds*, déc. 1927.
2. Darier. — Lettres du Brésil. *An. Derm.*, 1929.
3. Cole et Miskjian. — *Derm. Zeitsch.*, avril 1928.

LA PSEUDO-BROMURIDE DE BROCQ, PAUTRIER ET FERNET, UNE BLASTOMYCOSE

Par le Docteur K. BEINTEMA,
Directeur intérimaire de la clinique des Maladies cutanées de la Faculté de Médecine de Groningue.

Le 6 mai 1909, Brocq présentait avec Pautrier et Fernet (1), à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, le premier cas d'une affection inconnue.

En 1918, le grand maître (2) en décrivait trois autres cas sous le titre : « Maladie innominée ulcéro-végétante (pseudo-bromuride à tendances ulcéro-serpigineuses) ». Nous reproduirons ici la description que Brocq (3) donne de la maladie dans son *Précis-Atlas de pratique dermatologique*, de 1921 :

« Au point de vue objectif et évolutif, elle donne l'impression d'une maladie infectieuse nettement caractérisée, ne ressemblant à aucune autre. Mais nous n'avons pu jusqu'ici en découvrir l'agent pathogène.

« Elle débute par une petite papulo-pustule d'un rouge vif portant à son centre un soulèvement épidermique blanchâtre. Elle augmente rapidement de volume ; en 24 heures, elle fait une saillie notable au-dessus du niveau normal des téguments, et a de 4 à 8 millimètres de diamètre. En 48 heures, elle s'ulcère au centre et laisse écouler un liquide blanchâtre purulent souvent strié de sang. En 3 ou 4 jours, l'élément a pris les dimensions d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc en argent : il est arrondi ou ovalaire : il présente 3 zones : 1° une zone périphérique érythémateuse ; 2° une zone moyenne constituée par un bourrelet saillant de 2 à 3 millimètres de haut semblant être constitué par une série de gros éléments perlés accolés en collier ; 3° une zone centrale ulcéreuse à fond sanieux avec quelques bourgeons d'un rouge pâle. Parfois la

zone centrale présente une eschare plus ou moins épaisse. L'ensemble rappellerait assez la pustule maligne.

« Les lésions se multiplient, s'étendent en prenant de plus en plus le caractère ulcéreux. Il se forme ainsi des plaies plus ou moins étendues, circinées, serpigineuses, à allures phagédéniques. Peu à peu elles se cicatrisent lentement.

« L'affection évolue ainsi pendant des mois et parfois des années : elle présente des phases de repos pendant lesquelles on croit à la guérison ; puis elles récidivent. Le malade finit par s'épuiser : trois fois sur quatre cas observés, il est mort dans le marasme avec tous les symptômes d'une infection grave ».

Observation clinique

Nous avons pu, à notre tour, observer un cinquième cas de cette maladie rare et nous avons été assez heureux pour pouvoir projeter quelque nouvelle lumière sur son étiologie.

Notre malade, femme âgée de 63 ans, était mariée à un agriculteur. Elle n'avait jamais quitté la Hollande. Les premiers symptômes de la maladie se manifestèrent chez elle en mars 1928.

Elle se sentait affaiblie, avait au début de la diarrhée qui disparut rapidement toutefois, et souffrait de rétention d'urine. La miction n'était pas douloureuse, la malade ne se plaignait pas du ventre. Son médecin la cathétérisait deux fois par jour. L'urine était rouge-brun, dégageant une odeur forte. Cet état de choses dura six semaines environ, après lesquelles la défécation et la miction ne causèrent plus de difficultés. La malade continuait pourtant à être faible, son appétit ne revenait pas, et elle se plaignait d'avoir mauvais goût dans la bouche. Elle éprouvait surtout de la fatigue dans les jambes qui enflèrent et se raidissaient lors des mouvements. A la mi-juin, il se forme sur la partie inférieure de la jambe gauche quelques petites papules dispersées qui occasionnent de violentes démangeaisons. Deux jours plus tard, la même chose se produit sur la jambe droite. Ces petites papules grossissent constamment et il se forme à leur sommet des pustules remplies de pus, qui crèvent, laissant s'écouler beaucoup de pus et de sang. Quinze jours plus tard, la démangeaison a disparu, mais la malade a de fortes douleurs aux jambes, de sorte qu'elle ne peut plus marcher. Quelques-unes des parties atteintes guérissent, mais l'affection s'étend constamment par ailleurs. Il se forme aussi des pustules aux coudes, mais elles y sont moins grosses

que sur les jambes. Malgré tout cela, la malade ne se sent pas très souffrante.

L'anamnèse ne mentionnait rien pouvant faire penser à la syphilis, à la tuberculose ou à quelqu'autre maladie sérieuse. La malade avait toujours pu vaquer à ses occupations sans difficulté. Son mari jouissait



Fig. 1. — Aspect des lésions initiales, le 11 juillet 1928 (Malade n° I).

d'une bonne santé, leur enfant aussi. Après le premier enfant, elle fit une fausse couche au cinquième mois de la grossesse. La ménopause était venue dans la 49e année.

Deux jours avant d'entrer à l'hôpital, la malade avait souffert de l'œil gauche, qui était rouge et larmoyant. Elle avait la sensation d'avoir dans

cet œil un corps étranger et pouvait difficilement s'en servir pour regarder en pleine lumière.

Le 11 juin, elle était admise à la Clinique de Dermatologie, à Groningue. A ce moment, les lésions cutanées présentaient complètement le même aspect que celles si magistralement décrites par Brocq. Aux jambes on voyait les petites papulo-pustules primaires, et les éléments plus âgés, des dimensions d'un pois, jusqu'à celles d'une pièce d'un franc. Ces éléments présentaient les trois zones décrites par Brocq. Le centre était sanieux. En incisant les petits éléments perlés de la zone



Fig. 2. — Lésions initiales typiques (Malade nº I).

moyenne on observa que le bourrelet était constitué d'un tissu spongieux à logettes remplies d'un liquide visqueux jaunâtre. Ces logettes étaient séparées par des cloisons saignant facilement. Les photographies ci-jointes donnent une image fidèle de la situation (fig. 1 et 2). Outre les altérations de la peau, on pouvait constater encore les anomalies suivantes : l'œil gauche présentait une kératite marginale et, en même temps, une sclérite bien marquée. La malade était légèrement anémique et ne présentait pas d'adénopathie. La réaction de V. Pirquet était faiblement positive, le Bordet-Wassermann négatif.

L'examen des poumons qui eut lieu plus tard faisait penser, par suite de matités et de râles, à une tuberculose pulmonaire. On ne pouvait d'ailleurs trouver dans les crachats de bacilles acido-résistants. Mais ils contenaient des champignons, formés de nombreux éléments levuriformes et de filaments mycéliens (fig. 4). L'examen radioscopique qui, par suite du mauvais état de la malade, ne put avoir lieu que trois mois après son entrée à l'hôpital, montra plus d'ombre à droite qu'à gauche.

Il pouvait être exclu que la malade eût absorbé des bromures ou des iodures, et l'urine ne contenait ni brome ni iode.

L'affection cutanée s'étendit rapidement au cours des premières semaines qui suivirent l'entrée à la Clinique. Les éléments grandirent et con-

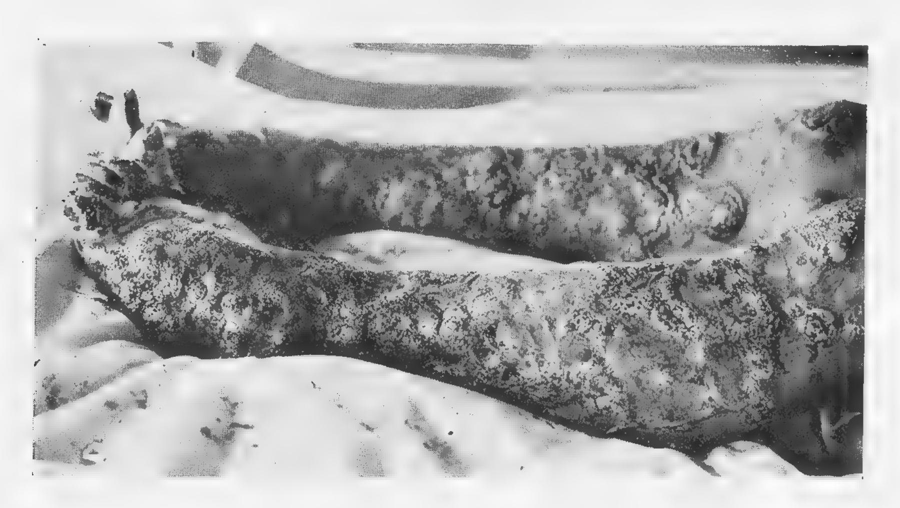


Fig. 3. — Etat au 31 août 1928 (Malade n° I).

fluèrent en formant de grandes plaies fortement végétantes. Il s'écoulait du pus entre les granulations (fig. 3). Des éléments survenaient également au visage.

Ainsi que dans les cas de Brocq, nous n'avons pu découvrir de champignons dans les tissus, ni par l'examen microscopique direct, ni par les expériences faites sur les animaux, ni dans les cultures. Dans notre cas, les éléments jeunes et fermés ne contenaient également pas d'autres espèces de micro-organismes, tels que des staphylocoques, par exemple. Par contre, nous avons réussi par deux fois à démontrer par l'hémoculture sur gélose glucosée un champignon ressemblant à une levure (fig. 5). La culture fut faite à la température ordinaire du laboratoire, ce qui est essentiel à retenir parce qu'il se révéla plus tard que les champignons obtenus ne pouvaient croître à 37° sur le milieu employé. Nous démon-

trerons plus loin que le champignon a pu croître dans l'organisme vivant, et cela, chez des lapins au cours des expériences d'inoculation.

Pendant toutes les phases, l'aspect histologique des lésions était, ainsi que Brocq et Pautrier l'ont décrit, celui d'une inflammation aiguë, sans structure tuberculoïde et sans cellules géantes. On pouvait remarquer une forte hypertrophie du corps muqueux avec prolifération dans la profondeur du derme. De plus, nous avons observé de nombreux micro-abcès dispersés.

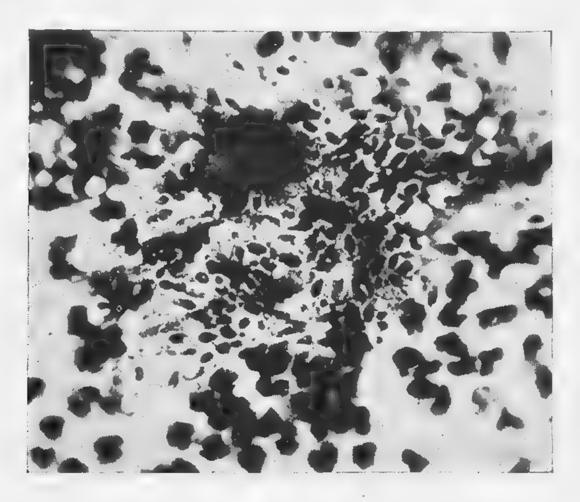


Fig. 4. — Champignons lévuriformes et filaments mycéliens dans les crachats de la malade n° I.



Fig. 5. — Préparation sur lame du champignon de l'hémoculture. Coloration d'après *Gram*.

Du moment que le champignon obtenu par l'hémoculture, ainsi que les expériences qui suivirent (et qui sont communiquées plus loin) nous avaient donné la conviction que la maladie était à considérer comme une mycose et, à en juger par les formes levures, comme une blastomycose, la thérapeutique a consisté surtout à administrer de l'iodure de sodium par la voie buccale, en doses atteignant peu à peu jusqu'à 12 grammes

par jour. C'est d'ailleurs à cette thérapeutique que nous attribuons la guérison que, vu le cours défavorable des cas cités par Brocq et ses collaborateurs, nous n'avions pas osé espérer tout d'abord.

Six semaines environ après l'entrée de la malade à la Clinique, l'état cutané restait stationnaire, malgré que l'état général fut encore très mauvais. Un mois plus tard, il y avait du mieux, la peau se mit à guérir rapidement et à cicatriser. Le 8 février 1929, la malade, guérie, pouvait quitter la Clinique. Elle y revint un an plus tard pour se soumettre à l'observation, mais on ne put constater chez elle aucun symptôme pathologique. Toutes les lésions de la peau étaient guéries et l'on voyait à leur place de grandes cicatrices blanches, nettement délimitées, ne présentant ni rétraction, ni tendance à des formations chéloïdiennes. Il y avait partout sur la surface de petites rétractions, telles que Neuber (4) décrit celles accompagnant des cicatrices d'un cas de blastomycose guérie. La percussion, l'auscultation et l'examen radioscopique ne démontrèrent aucune anomalie. Il n'y avait plus d'expectoration.

Recherches de laboratoire

Nous considérions déjà comme vraisemblable que le champignon obtenu par l'hémoculture avait causé l'affection puisque les soins les plus minutieux avaient été apportés à maintenir la stérilité de la culture et que, malgré les milliers de cultures faites dans le même laboratoire et sur les mêmes milieux de culture, nous n'avions jamais obtenu, avant ou après cette expérience, ce même microorganisme. A notre sens cette vraisemblance s'est changée en certitude, en jugeant du résultat des cuti-réactions pratiquées chez notre malade.

Cette dernière a fortement réagi chaque fois qu'elle a reçu une injection intracutanée ou sous-cutanée avec le champignon de l'hémoculture tué par la chaleur ou par le formol, alors qu'un sujet de contrôle n'offrait pas de réaction. La malade ne réagissait pas aux injections faites avec la suspension morte d'une *Monilia* isolée d'un cas d'érosion interdigitale blastomycétique d'un autre malade. L'allergie, par conséquent, devait être considérée comme strictement spécifique à l'égard du champignon de l'hémoculture. Après injection de ce dernier, il se produisit non seulement une rougeur violente, mais de plus, cette rougeur augmenta dans les jours qui suivirent ; il se développa une lésion ressemblant beaucoup

aux efflorescences qui se produisaient spontanément et il était souvent difficile de l'en discerner (fig. 6 et 7). Les efflorescences spontanées ne conservaient pas toujours la même grandeur. Tandis que les premières lésions présentaient tous les signes typiques de l'aspect décrit par Brocq, et devenaient de grandes érosions végétantes et purulentes, celles qui survinrent ensuite étaient plus petites, plus plates et montraient plus de tendance à guérir spontanément. Il était surtout remarquable de noter que l'allergie de la malade semblait changer à mesure qu'avançait la guérison, et nous avons

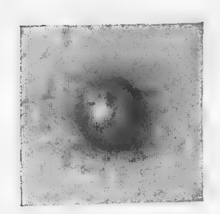


Fig. 6. — Réaction allergique, quelques jours après injection intracutanée (Malade n° I) de corps microbiens tués.

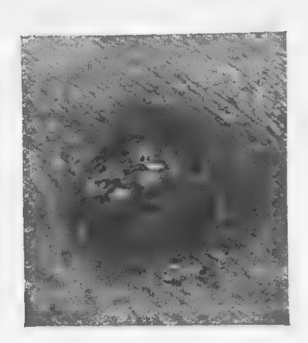


Fig. 7. — Réaction allergique après 15 jours (Malade n° I).

pu observer comme règle que les lésions causées par les injections offraient une image concordant avec celles des lésions spontanées survenues à l'époque où se faisait l'injection (ceci rappelle les phénomènes que Bizzozero et Bernucci ont constaté dans la syphilis et sur lesquels Mario Truffi a attiré l'attention au Congrès de Dermatologie de Copenhague). Après sa guérison, la malade n'avait plus de réaction d'hypersensibilité à l'injection de matériel de culture mort. Ceci révèle que l'allergie dépendait de la présence de l'agent morbide dans l'organisme.

Bien qu'il soit encore très douteux que l'on puisse accorder de la valeur à des réactions de fixation du complément quand on veut juger du fait qu'une sorte déterminée de champignons puisse être la cause d'une mycose, il nous a semblé pourtant ne pas devoir négliger cette méthode d'examen. Nous avons employé comme antigènes :

1° Une suspension alcoolique de corps microbiens ; 2° du bouillon dans lequel le parasite avait été cultivé pendant longtemps. Les corps microbiens avaient été broyés avec ce bouillon, après quoi, les parcelles solides avaient été retirées par filtrage ; 3° un extrait alcoolique de champignon desséché, libre de toute parcelle solide. Le premier extrait provoqua une réaction faiblement positive (+ 2). Les contrôles avec le sérum de sujets de contrôle donnèrent toutefois des résultats aussi positifs. Le second antigène donna une réaction absolument négative, c'est-à-dire qu'il se produisit une hémolyse totale. Les réactions pratiquées avec le troisième extrait étaient, elles aussi, faiblement positives, tout comme celles avec le sérum de sujets de contrôle. Dans les contrôles contenant de l'eau salée au lieu de sérum, ce dernier extrait déploya de fortes propriétés antihémolytiques ; il ne s'y produisit presqu'aucune hémolyse. Il en vint seulement lors d'addition de sérum, soit de la malade elle-même, soit de sujets de contrôle. Il fallut, par conséquent, considérer comme non spécifiques les réactions faiblement positives (même en laissant de côté le fait que des sujets de contrôle, eux aussi, eurent une réaction positive) et comme le résultat de propriétés non spécifiques, exclusivement propre à l'antigène.

Les expériences d'agglutination eurent tout aussi peu de succès puisque nous ne pûmes arriver à obtenir une bonne suspension. Les jeunes cultures contenaient trop de mucosité, laquelle faisait adhérer les cellules entre elles. Dans les cultures plus anciennes, nous étions gênés par la grande quantité de filaments de mycélium et ne pouvions en retirer les cellules isolées. La méthode décrite pour l'obtention d'une émulsion de spores dans les diverses sortes de *Sporotrichum* au moyen d'un filtrage, ne put réussir parce que les cellules de notre champignon étaient trop grandes. Il se produisait toujours dans les suspensions qui furent préparées des agglutinations spontanées, de sorte qu'elles devinrent inutilisables pour les expériences d'agglutination.

Etude des localisations pulmonaires

Les anomalies pulmonaires constatées chez notre malade prirent à nos yeux une plus grande importance après une communication

personnelle que nous reçûmes du docteur Gœdhart, de La Haye, qui nous montra en même temps la photographie d'une malade qu'il avait soignée en mai et juin 1929 et qui nous fit penser fortement à l'image offerte par notre cliente (fig. 8). L'anamnèse dont nous prîmes connaissance concordait pour la plus grande partie avec celle de notre malade, et il était presque certain que les deux femmes étaient atteintes de la même maladie ; la malade du docteur Gœdhart avait les mêmes symptômes pulmonaires, plus accusés



Fig. 8. — Aspect de la maladie du Dr Goedhart (Malade no II).

même et donnant cliniquement l'idée d'un abcès du poumon. Le docteur Gœdhart à qui nous sommes très reconnaissants de ses communications nous donna sur sa malade les renseignements suivants :

Le 1er mai 1929, cette femme, âgée de 68 ans, découvre sur son front, au-dessus de l'œil droit, une petite tache rouge, qui, le même soir, se transforme en un « petit bouton ». Les jours suivants, il parut plusieurs boutons semblables, dispersés sur tout le visage et quelques-uns présen-

taient une petite saillie purulente. Il se formait, en même temps, sur le revers de la main et de plusieurs doigts, de petites vésicules remplies de pus.

La malade souffrait des deux bras et était fiévreuse. De plus, elle toussait depuis assez longtemps et le 8 mai, quelquefois, elle expectorait en toussant des crachats sanguinolents. Ceci s'était déjà produit une fois auparavant.

La malade n'avait pas fait usage de médicaments particuliers, c'est-à-dire de préparations de brome ou d'iode.

Son état était sérieux quand elle entra à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, à La Haye. Elle avait la fièvre et expectorait des crachats sanguinolents. Le docteur Dietz fit un examen radioscopique, qui démontra une ombre compacte dans le poumon droit. L'examen des crachats ne révéla point de bacilles de la tuberculose, mais bien des staphylocoques, du mycélium et des éléments levuriformes.

Les ganglions n'étaient pas augmentés de volume.

La peau présentait les symptômes suivants : à la figure, de nombreux infiltrats de formes différentes. Quelques-uns étaient en bosses de la grandeur d'une bille à jouer, bleu rougeâtre, fortement proéminents et mous à la pression dans leur partie centrale, avec une ulcération centrale d'où la pression faisait s'échapper du pus. D'autres donnaient l'impression d'être la fusion de petites efflorescences ; ces dernières étaient partiellement ulcéreuses avec des bords rejetés d'où l'on pouvait, en pressant, faire sortir du pus. Les cultures du pus de ces efflorescences, même de celles non ouvertes, ne fournirent que des staphylocoques dorés, citrins et blancs, mais pas de champignons. On n'en trouva point non plus dans le pus étalé sur lame.

Dans les coupes d'une parcelle de tissu excisé dans le bord d'un de ces petits abcès et que nous envoya le docteur Gœdhart, nous trouvâmes, de même que dans notre cas, une forte hyperplasie du corps muqueux avec des proliférations dans la profondeur du derme. Ces symptômes étaient ici beaucoup plus accusés que dans notre cas. De plus, il y avait dans le derme des signes d'inflammation, consistant en une infiltration du tissu conjonctif, autour des proliférations de l'épiderme, par des lymphocytes, quelques plasmazellen et surtout des leucocytes. On ne voyait pas de structure tuberculoïde avec cellules géantes, et tout aussi peu de champignons.

Nous citerons encore ce qui suit de la communication du docteur Gœdhart : « Le traitement a consisté en l'administration d'iodure de potassium, 20 grammes environ au total, et en injections de transpulmine. Les mains furent trempées tous les jours dans un bain de soude, puis enveloppées dans une faible solution de Lugol, plus tard dans un bouillon d'autovaccin de staphylocoques ».

Les anomalies pulmonaires et l'affection de la peau guérirent assez rapidement. Toutes les lésions étaient en voie de guérison à la fin mai.

Au début de juin, le processus pulmonaire était guéri et la température redevenait normale. On ne voyait plus d'ombre à l'examen radioscopique.

Nous sommes donc ici en face d'un cas où, de même que dans le nôtre et ceux de Brocq, Pautrier et Fernet, la malade souffre d'une affection faisant penser cliniquement tout d'abord, à une bromide papulo-tuberculeuse végétante. Après l'exclusion de cette affection, une mycose fut le diagnostic le plus vraisemblable. Cela explique aussi l'iodothérapie appliquée par le docteur Gœdhart, laquelle, à notre avis, a amené la guérison comme elle l'a fait dans notre cas, tandis que les malades de Brocq qui n'ont pas été traités à l'iodure de potassium sont tous morts, restriction faite de celui qu'il perdit de vue et dont il n'entendit plus jamais parler. Ce succès de la thérapeutique plaide fortement en faveur d'une mycose, puisque dans de nombreuses mycoses on a pu constater la rapidité des bons résultats dus à l'administration d'iodure de potassium. La découverte de staphylocoques dans les lésions, l'impossibilité de trouver des champignons dans le pus et dans les tissus, tout aussi bien à l'examen direct que dans les cultures, et l'image banale d'une inflammation sans structure tuberculoïde et cellules géantes dans l'examen histologique, faisaient penser toutefois, ainsi que dans les cas de Brocq, à une staphylococcie. La découverte de trois différentes souches de staphylocoques dans l'affection démontre toutefois, dans le cas du docteur Gœdhart, comme dans ceux de Brocq et de ses collaborateurs, que l'on ne peut attacher que peu d'importance à la fonction étiologique de ces micro-organismes.

Il nous parut très possible que le foyer primaire, pour notre malade comme pour celle du docteur Gœdhart, doive être cherché dans les poumons ou tout au moins dans les voies respiratoires, comme on l'a vu dans plusieurs cas de blastomycose. Malheureusement nous n'avions plus à ce moment de cultures de champignons provenant des crachats de notre malade, de sorte que nous n'avons pu contrôler si le champignon de l'hémoculture était identique à l'un des nombreux micro-organismes levuriformes que nous avions pu cultiver dans les crachats, plusieurs mois avant. Mais nous avons pu, en tout cas, nous rendre compte que le champignon de l'hémoculture pouvait provoquer, chez les animaux de labora-

toire, une affection des voies respiratoires au moyen de la méthode indiquée par Castellani (5) pour arriver à savoir si une *Monilia* peut être considérée comme la cause d'une bronchomoniliase primaire. D'après la description que Castellani en a donnée, cette affection peut offrir, du côté des voies respiratoires, les mêmes symptômes que ceux constatés chez notre malade et chez celle du docteur Gœdhart.

Nous avons injecté à un lapin dans le poumon gauche, une quantité d'une suspension de corps microbiens vivants. L'animal qui maigrissait à vue d'œil et avait de la dyspnée, fut tué 18 jours après l'injection. L'autopsie montra dans le poumon gauche, surtout immédiatement sous la plèvre, de nombreuses petites nodosités d'un blanc jaunâtre, dont la grandeur moyenne était celle d'un grain de plomb. On en découvrit aussi quelques-unes dans le poumon droit. Il n'y avait pas d'anomalies dans les autres organes, si ce n'est dans le foie où l'on voyait de petits points jaunes que l'examen microscopique, toutefois, révéla causés par une coccidiose dont l'animal était atteint, ce qui se voit souvent chez ses congénères. Les nodules des poumons étaient en général jaune clair et quelque peu ramollis à leur centre On ne put trouver de champignons dans les préparations sur lame, faites avec cette masse ramollie dont la culture sur milieu glycosé et glycériné de Plaut, ne donna non plus rien d'intéressant. L'image microscopique des nodosités concordait avec la description que Castellani a donnée de la bronchomoniliase expérimentale, mais nous ne trouvâmes point de cellules géantes. Il y avait, dans la périphérie des infiltrats, un petit nombre de parasites, bien nettement visibles dans une préparation colorée par la méthode de Gram-Weigert, se présentant sous la forme de cellules ovoïdes et de filaments mycéliens.

Le lapin n'eut pas d'affection cutanée, mais, étant donné qu'il fut tué 18 jours après l'injection, il était vraisemblable que ce temps assez court ne l'avait pas permis. C'est pour cela qu'un second lapin fut traité de la même façon. Après 15 jours, celui-ci avait fortement maigri lui aussi et il avait de la dyspnée. Il ne fut pas tué afin que le développement de la généralisation put être suivi chez lui. En effet, six semaines après l'injection, il parut dans la peau des tumeurs qui se ramollirent vite et se mirent à s'ulcérer, après quoi l'animal fut tué. Le contenu des abcès consistait en une masse caséeuse, dans laquelle on ne put trouver de champignons.

Afin d'observer si l'injection d'une suspension de corps microbiens tués par chauffage était capable de provoquer des symptômes pathologiques, il en fut injecté une petite quantité dans l'une des oreilles du second lapin au moment où les lésions cutanées s'étaient déjà manifestées chez lui ; un troisième lapin bien portant fut injecté en même temps. En guise de contrôle, une même quantité d'une suspension d'une autre espèce de champignon (une *Monilia*), provenant d'une érosion interdigitale, était injectée dans l'autre oreille. Les nodosités ainsi provoquées diminuèrent de volume pendant les jours suivants, à l'exception de celle placé à l'endroit où le lapin malade avait été inoculé avec le champignon de notre malade ; cette nodosité grandit encore et quand le lapin fut tué, c'était devenu un nodule de consistance dure, pas rouge, de la grosseur d'un pois. Les autres parties malades de la peau étaient d'ailleurs tout aussi peu érythémateuses, au voisinage des abcès ouverts. Il était donc prouvé par ceci que l'injection sous-cutanée de corps microbiens tués chez un animal déjà infecté par l'inoculation précédente, pouvait provoquer à l'endroit de l'injection des symptômes cutanés qui sont à interpréter comme une réaction allergique.

L'autopsie du lapin démontra que, contrairement à ce qu'on attendait, les deux poumons étaient normaux, de même que les autres organes internes. Il y avait cependant dans le médiastin les mêmes petites nodosités que celles rencontrées dans les poumons du premier lapin. La suspension injectée avait dû sans doute s'introduire, non dans les poumons, mais dans le médiastin qui se révéla capable de réagir à l'inoculation de la même façon que les poumons. Les lésions cutanées montrèrent seulement à l'examen microscopique les symptômes d'une inflammation banale avec formation d'abcès. La coloration selon Gram ne put montrer de champignons. Les foyers primaires du médiastin présentaient la même image, ou à peu près, que les foyers du poumon chez le lapin précédent à qui l'injection avait été faite intrapulmonairement. Ici, d'ailleurs, et probablement à cause de la plus longue existence de l'affection, les nodules étaient plus volumineux, tandis qu'il y avait à la périphérie une indication de structure tuberculoïde avec cellules à grands noyaux clairs et formation de cellules géantes atypiques. De plus, on voyait distinctement, à plusieurs endroits, des filaments mycé-

liens qui présentaient, après coloration selon le Gram-Weigert, un pointillé allant du bleu au noir.

Le nodule de l'oreille ne montrait que des symptômes d'inflammation banale. Il n'y avait pas de champignons.

Détermination du parasite

Il nous restait à déterminer l'espèce de champignon que nous avions cultivé. Nous fîmes à cet effet une étude étendue de tous les blastomycètes parasitaires, mais sans rien pouvoir trouver qui fût en concordance avec notre champignon. Ce dernier avait les propriétés suivantes : la transplantation d'une jeune culture sur gélose glucosée fraîche provoqua l'apparition d'une colonie visqueuse, demi-transparente. La première hémoculture avait le même aspect. Dans les tubes cette masse visqueuse tombait en goutte pendant les premiers jours, de sorte qu'il se formait une raie verticale visqueuse (fig. 9). Après quelques jours, la jeune culture devint plus ferme et sa surface luisante. On voyait souvent au pourtour, en peu de temps, la formation de rayons plats, qui s'étendaient ensuite sur tout le milieu. Ce dernier était rapidement couvert d'une couche allant du blanc au crème qui se desséchait à mesure qu'elle vieillissait, se ridant et formant souvant des figures en forme de réseau, et qui devenait peu à peu de plus en plus jaune pour arriver à certains endroits au brun clair, ou même au brun-chocolat, sans que toutefois la culture prit la teinte typique, couleur de suie, que l'on peut rencontrer dans les *Sporotrichum* (fig. 10). Lors de transplantation d'une culture déjà desséchée, ou sur un milieu de culture en train de sécher, la croissance était beaucoup moins rapide et la première phase de viscosité ne se produisait point. Cette phase, toutefois, pouvait toujours être obtenue de nouveau par la transplantation répétée à petits intervalles sur un milieu de culture frais, ou bien, si l'on intercalait un milieu liquide, par le repiquage de ce dernier sur gélose glucosée fraîche. Sur milieu de conservation, la croissance était beaucoup plus lente. On n'y voyait jamais de colonies vis-



Fig. 9. — Culture de quelques jours sur milieu glycosé de Sabouraud.

queuses ou humides, pourtant la culture s'étendait régulièrement dès le début dans toutes les directions ; elle était sèche, jaune-brun et pourvue de nombreux sillons radiés. Le bord était nettement limité, pas tout à fait arrondi. La culture ne couvrait pas toute la surface du milieu, mais la croissance cessa lorsque la colonie eut atteint un diamètre de 2 à 3 centimètres. Sur pomme de



A B C

Fig. 10. — Cultures âgées de six ou sept semaines :
A sur milieu de conservation, B et C sur milieu d'épreuve glycosée.

terre, la croissance était aussi moins rapide que sur les milieux sucrés. Il s'y formait une colonie brun clair, molle, ne présentant aucune caractéristique. La croissance était un peu plus active sur carotte, où l'on voyait d'abord les mêmes colonies visqueuses que sur gélose glucosée. En vieillissant, les cultures devenaient blanches,

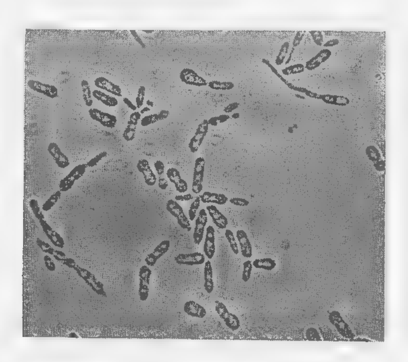


Fig. 11. — Culture âgée de trois jours en goutte pendante.



Fig. 12. — Formation de mycélium sur la paroi des tubes ; cloisons transversales.

plus sèches, arrivant même à se transformer, sur le mince bord complètement desséché de la carotte, en un duvet, composé de

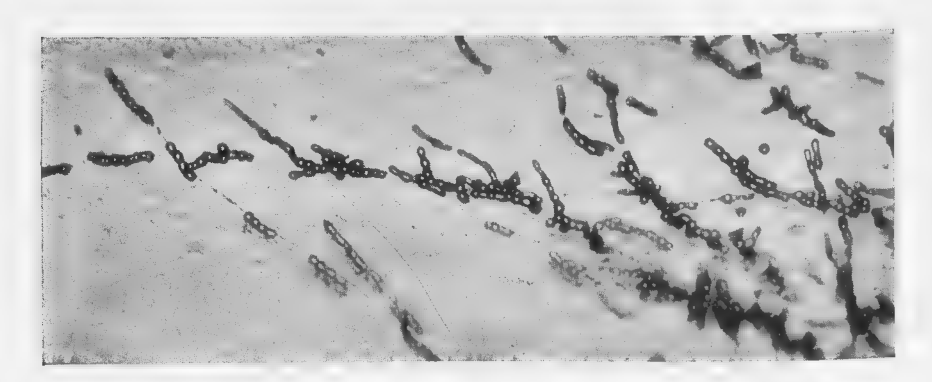


Fig. 13. — Filaments mycéliens ; formation d'arthrospores, vus à travers la paroi du tube sur une mince couche du milieu de culture.

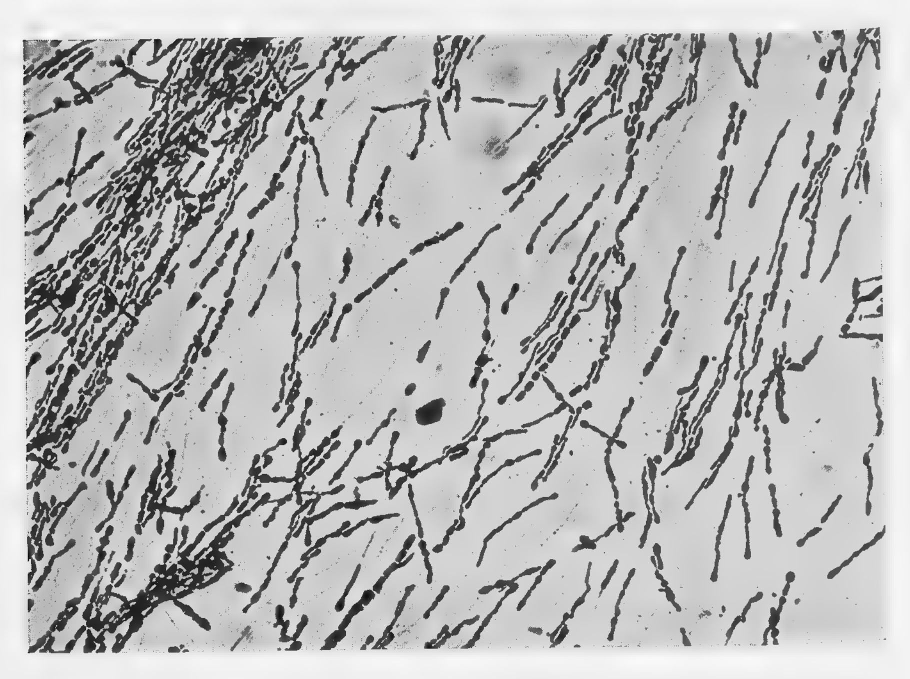


Fig. 14. — Préparation d'une culture sur lame sèche ; formation d'arthrospores. Coloration au bleu coton-lactophénol.

filaments aériens d'une hauteur de 1 à 2 millimètres, forme de croissance qui ne pouvait être observée sur d'autres milieux, bien qu'il vînt quelquefois à leur surface des saillies que le microscope révélait constituées de filaments mycéliens. Ceux-ci, toutefois, restaient réunis, de sorte qu'il ne se produisait pas de duvet blanc. Sur sérum de Lœffler, la culture était blanche, plate, de mauvaise croissance et n'apportant point de changements dans le milieu. La gélatine ordinaire n'était liquéfiée qu'après quelque temps, et peu à peu, par le champignon qui y poussait lentement ; la liquéfaction, toutefois, n'avait lieu qu'aux endroits où le champignon était en contact direct avec le milieu. La croissance était plus rapide et la liquéfaction plus importante sur gélatine au moût de bière. Sur gélose sanglante (sans addition de sucre), la croissance était lente. A l'endroit de la culture, le bouillon devenait transparent par hémolyse, tandis que la colonie prenait une couleur légèrement rosée. Le champignon n'amenait pas à coagulation le lait dans lequel il était introduit et il s'y développait mal.

Il n'y avait aucune croissance dans le liquide ascitique et très peu dans le petit-lait tournesolé. Ce n'est qu'après 15 jours que ce dernier prenait une coloration rouge, tandis que les contrôles non ensemencés ne changeaient pas de couleur pendant ce même temps. Dans les bouillons peptone maltosés et glucosés ayant la formule du milieu d'épreuve de Sabouraud, et dans les autres milieux liquides acides et sucrés le parasite poussait parfaitement, à la surface de préférence, sur le bord du tube où se formait un épais anneau. Il ne se produisait pas de voile à la surface. Toutes les formes macroscopiques que nous avons citées passèrent les unes dans les autres et furent capables de prendre la forme visqueuse. Il y avait donc un fort polymorphisme, mais même dans les cultures très âgées, on ne put observer de pléomorphisme comme on en observe chez les champignons des teignes. Le champignon ne faisait pas fermenter la glucose, la lévulose, la maltose, la galactose, la saccharose, la lactose, l'inuline et la dextrine.

Nous avons procédé à l'examen microscopique par l'observation de la paroi de verre sec des tubes de culture, par l'étude de cultures en goutte pendante, de frottis et de coupes de cultures et par l'observation de cultures sur lame sèche. Les lames avaient été piquées dans la gélose ensemencée.

Les cultures en goutte pendante, de même que les frottis de jeunes cultures sur milieux solides, présentaient, les premiers jours après l'ensemencement, de nombreuses formes levures (fig. 11). Les cellules n'étaient pas rondes mais oblongues, avec une largeur de 4 à 5 µ et une longueur de 10 à 15 µ. Elles contenaient des globules de lipoïdes qui se coloraient au Soudan III. Dans les cultures plus âgées, le mycélium était en prédominance. Le cours de la formation du mycélium s'observait au mieux à travers la paroi des tubes, dans les coupes de cultures et dans les cultures sur lame sèche. On observait en tous cas un mycélium peu ramifié. Les cloisons transversales étaient surtout bien visibles aux endroits où il y avait migration protoplasmique et se trouvaient à une distance de 10 à 20 µ les uns des autres (fig. 12). Le long des filaments mycéliens ou à leurs extrémités, on pouvait toujours observer dans les cultures bien venues la formation d'arthrospores (fig. 13 et 14). Nous ne pûmes observer des asques et ascospores, malgré l'application de toutes les méthodes pour obtenir ces organes, que Langeron (6) mentionne dans son *Précis de Microscopie*. De plus, on voyait sur les lames sèches plusieurs chlamydospores terminaux formés par migration protoplasmique. Ces chlamydospores étaient ovales, fusiformes ou piriformes, un peu plus épais que les arthrospores et entourés d'une paroi de couleur jaunâtre.

Étant donné les propriétés démontrées par le champignon cultivé, et que, combinées de la sorte, nous n'avons pu trouver dans aucun des autres champignons parasites qui ont été décrits, nous pensons pouvoir le considérer comme une nouvelle espèce faisant partie d'un groupe transitoire entre les Arthrosporés et les Blastosporés, groupe pour lequel Ota (7) proposa en 1924, le nom de *Parendomyces*. Ce genre avait déjà été créé par Gougerot, en 1911, pour y classer *Parendomyces balzeri*, auquel notre champignon ressemble en quelques points (8, 9). En étudiant deux exemplaires de *Trichosporum beigeli Vuillemin*, Ota (10) a remarqué, en 1926, que ce parasite de la trichosporie possède les mêmes propriétés botaniques que celles qu'il attribue au genre *Parendomyces*, de sorte que, d'après lui, ces propriétés caractérisent le genre *Trichosporum* et que la dénomination de *Parendomyces* doit s'effacer en faveur du genre *Trichosporum*. Nous voudrions nous incliner devant l'autorité d'Ota en ces matières et accepter son opinion modifiée, si nous n'avions

pas à ce sujet une objection. Jusqu'à l'apparition, en 1926, du mémoire d'Ota, le genre *Trichosporum* était déterminé exclusivement par le fait que les champignons constituant ce genre, causaient le syndrome clinique de la trichosporie. C'était par conséquent un genre médical, de même que, par exemple, les genres *Achorion, Trichophyton*, *Microsporon* et *Epidermophyton*. Il nous paraît préférable de classer les parasites dans un genre botanique formé exclusivement sur la base des propriétés botaniques des champignons, et si tous les parasites de la trichosporie présentent les mêmes caractéristiques botaniques que *Trichosporum beigeli*, il n'y a aucun inconvénient à comprendre le genre *Trichosporum* au sens botanique et d'y compter aussi des champignons autres que les parasites de la trichosporie. Toutefois il n'est pas certain que les autres parasites de la trichosporie possèdent les mêmes qualités botaniques que le *Trichosporum beigeli*. Aars (11) a démontré entre autres, que l'on rencontre dans le parasite de la trichosporie à la Guyane Hollandaise, des périthèces et des asques avec huit spores fusiformes, de sorte que ce parasite, de même que *Trichosporum hortai* et *Trichosporum paraguayo* dans lesquels on trouve aussi des asques avec des ascospores, semblent avoir des propriétés botaniques tout autres que celles constatées par Ota dans *Trichosporum beigeli*. Nous pensons qu'il est donc préférable pour le moment de continuer à considérer le genre *Trichosporum* comme un genre médical, caractérisé par des symptômes pathologiques que provoquent les parasites qui constituent ce genre et de conserver par ailleurs le genre *Parendomyces* comme genre botanique, jusqu'au moment où on aura acquis plus de connaissance sur les caractéristiques botaniques des autres parasites de la trichosporie. La confusion qui règne encore dans la classification des parasites botaniques ne peut qu'être augmentée par l'emploi d'un même nom, *Trichosporum*, pour un genre médical et pour un genre botanique. C'est donc pour cela que nous avons proposé de nommer le champignon que nous avons cultivé *Parendomyces brocquii* afin d'honorer la mémoire du grand dermatologiste Français qui, en collaboration avec ses élèves, fixa l'attention sur le syndrome si rare décrit dans ce mémoire. Mais il va sans dire qu'il faut laisser en suspens la question de savoir si tous les cas de cette maladie sont causés par le même parasite. Cela nous paraît vraisemblable,

nous ne pouvons toutefois en fournir la preuve. De plus, nous croyons être parfaitement autorisés à classer le champignon décrit dans le grand groupe auquel on continue encore à donner le nom de « blastomycètes ». La pseudobromuride de Brocq, Pautrier et Fernet est donc une forme de blastomycose se différenciant sous beaucoup de rapports des autres cas de blastomycose, tels qu'ils ont été décrits en Europe, en Amérique ou dans les tropiques.

Il est vraisemblable que la maladie procède de la façon suivante. Des champignons venus d'un foyer primaire, localisé dans un organe interne, ou peut-être aussi dans la peau, s'introduisent dans la circulation sanguine et de là, dans la peau, où se produisent des lésions qui sont à considérer complètement, ou principalement, comme le résultat d'une violente réaction allergique de la peau sur la substance des champignons qui y ont pénétré. Dans notre cas et dans celui du docteur Gœdhart, la vraisemblance est grande que les voies respiratoires, où il y avait un processus rappelant la bronchomoniliase décrite par Castellani, contenaient le foyer primaire. Il va sans dire qu'il n'est pas nécessaire que pour une lésion cutanée ainsi survenue, les substances de champignons déposées dans la peau soient représentées par des champignons vivants, virulents. On peut expliquer de cette façon le fait que ni Brocq avec ses collaborateurs, ni le docteur Gœdhart, ni nous-mêmes n'avons pu arriver à trouver d'aucune manière des champignons dans les lésions cutanées, tandis que nous en trouvions tout aussi peu dans les lésions cutanées spontanées du lapin qui avait contracté un processus mycosique interne par suite d'une injection intrathoracale. Le fait que nous avons pu provoquer, au cours de la phase allergique, les mêmes lésions chez notre malade par injections intracutanées de champignons tués, plaide pour le rôle prépondérant joué par l'allergie dans la formation des lésions. Ainsi, l'origine de l'affection cutanée concorde, à notre avis, avec celui des tuberculides, des trichophytides, etc., de sorte que, par analogie, ici on pourrait parler d'une blastomycide.

Résumé et conclusions

Après avoir observé et étudié un cas de pseudobromuride, affection décrite pour la première fois en 1909 par Brocq, Pautrier et Fernet, et pris connaissance d'un cas observé à la Haye par le docteur Gœdhart dont les données, aimablement mises à notre disposition, nous permettent de le mettre au compte de la même maladie, nous en sommes venus aux conclusions suivantes :

Nos expériences autorisent à dénier que la maladie soit causée par des staphylocoques. Par contre, nous sommes convaincus que l'agent est un micro-organisme levuriforme, que nous avons pu isoler du sang de notre malade. Les résultats des expériences allergiques et de celles faites sur des animaux plaident dans ce sens, ainsi que la guérison survenue dans les deux cas à la suite de l'administration d'iodure. Notre champignon appartient au grand groupe des « blastomycètes », de sorte que nous pouvons appeler la pseudobromuride une blastomycose, différente des autres blastomycoses décrites.

Le parasite, dont nous n'avons pu découvrir dans la bibliographie qu'il soit l'agent d'une mycose, peut, si l'on se réfère à ses caractéristiques botaniques, être rattaché au genre *Parendomyces*, ainsi que cela fut défini par Ota. Nous voyons un sérieux inconvénient à supprimer ce genre botanique, comme le fit Ota dans un mémoire plus récent, en faveur du genre *Trichosporum* qui n'est connu jusqu'à l'heure actuelle que comme « genre médical ». Afin d'honorer la mémoire du grand maître qui, avec ses collaborateurs, décrivit le premier le syndrome que nous avons étudié, nous avons donné au champignon le nom de *Parendomyces brocquii*.

Le fait que dans les lésions cutanées de notre malade, tout aussi bien que dans celles des malades de Brocq, on n'a pu démontrer la présence de champignons, ne plaide point, à notre avis, contre la nature mycosique de la maladie. Il y avait chez les deux malades que nous avons décrits des anomalies des voies respiratoires faisant penser fortement à la bronchomoniliase décrite par Castellani. On trouvait dans les crachats de nombreux blastomycètes.

L'injection intrapulmonaire faite à un lapin avec le champignon de l'hémoculture, fit survenir chez l'animal un processus pathologique répondant à ce que décrit Castellani comme survenant chez ces animaux après une injection intrapulmonaire avec le parasite de la bronchomoniliase. Le fait que notre champignon n'était pas un *Monilia* mais un *Parendomyces* importe peu, les deux genres étant très proches l'un de l'autre. Cette pathogénie animale avec accroissement du champignon dans les tissus, mérite d'autant plus d'attention que la croissance sur milieux de culture artificiels n'était possible qu'à la température du laboratoire et non point à 37° C. Il s'est développé chez un second lapin atteint d'une blastomycose expérimentale du médiastin et dont la préparation microscopique démontrait beaucoup de champignons, de nombreux abcès sur la peau, dans lesquels il n'y avait également aucun champignon. Ce lapin était à ce moment nettement allergique à l'égard des champignons tués. L'allergie offerte par notre malade au champignon tué, est digne d'attention puisque nous avons remarqué que la réaction cutanée allergique diminuait à mesure que se produisait la guérison, pour cesser d'exister après la guérison obtenue. Les affections pulmonaires guérirent aussi chez les deux malades, en même temps que les éruptions cutanées. La réaction cutanée allergique montra dans toutes les phases de la maladie une grande ressemblance avec les lésions survenues spontanément. C'est pour cela que nous interprétons ces dernières comme la suite de la réaction allergique sur les substances de champignons morts ou dégénérés ayant pénétré dans la peau par la voie circulatoire et par conséquent nous pourrions appeler blastomycide la forme de blastomycose représentée par la pseudobromuride, à cause de son analogie avec les tuberculides, les trichophytides, etc. Nous espérons qu'en cas de nouvelles observations de cette maladie rare celles-ci fourniront l'occasion de confirmer notre opinion et que l'on pourra se rendre compte, en même temps, de ce que tous les cas de maladie présentant l'image morphologique de la pseudobromuride sont causés ou non par notre *Parendomyces brocquii*. Il est possible que d'autres champignons puissent faire de même. La grande rareté de l'affection ne nous permet pas encore de porter un jugement définitif.

Bibliographie

1. Brocq, Pautrier et Fernet. — *Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 1909, p. 191.
2. Brocq — *Ann. de Derm. et de Syph.*, t. VII, 1918-1919, p. 321.
3. Brocq. — *Précis-atlas de pratique dermatologique*, Paris, Octave Doin, 1921.
4. Neuber. — *Archiv für Derm. und Syph.*, Bd. CXLIX, 1925, p. 182.
5. Castellani. — *Archives of Derm. and Syph.*, vol. XVII, 1928, p. 79.
6. Langeron. — *Précis de microscopie*, Paris, Masson et Cie, 1925, p. 963.
7. Ota. — *Derm. Wochenschrift.*, Bd. LXXVIII, 1924, p. 224.
8. Balzer, Gougerot et Burnier. — *Ann. de Derm. et de Syph.*, 5e série, t. III, 1912, p. 282.
9. Rischin. — *Archiv für Derm. und Syph.*, Bd. CXXXIV, 1921, p. 231.
10. Ota. — *Ann. de Parasitologie*, t. IV, 1926, p. 1.
11. Aars. — *Archives of Derm. and Syph.*, vol. XXII, 1930, p. 401.

LA NÉVRITE OPTIQUE DE L'ARSENIC PENTAVALENT

Par MM. A. SÉZARY et P. DE FONT-RÉAULX

(Suite et fin).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelques examens histologiques, encore assez rares, nous ont fait connaître les lésions produites par l'atoxyl et l'arsacétine.

Nonne put faire l'autopsie d'un cancéreux non syphilitique, devenu aveugle après un traitement par l'atoxyl. Il trouva une névrite parenchymateuse, sans aucune lésion interstitielle. La dégénérescence des fibres nerveuses s'étendait depuis le globe jusqu'au milieu du chiasma. L'écorce du cunéus était normale. Par contre, il constata, dans la région cervicale supérieure de la moelle, une légère dégénérescence des cordons de Goll.

Igersheimer, Birch-Hirschfeld et Koster, Sattler ont complété ces premières données. Ils ont constaté de grosses lésions de la rétine. Dans les cas extrêmes, la plupart des cellules nerveuses ont disparu. Dans d'autres cas moins graves, les altérations des neurones sont moins étendues. Le premier est intact. Dans le second, il n'existe qu'une atrophie et une dégénérescence de quelques éléments. Mais le plus atteint est le troisième (cellules multipolaires) : on y constate de la chromatolyse et de la vacuolisation des cellules, de la destruction des fibres nerveuses avec légère prolifération névroglique.

Le nerf optique présente des lésions dégénératives et une prolifération névroglique qui, d'après Igersheimer, remontent jusqu'au chiasma et aux bandelettes optiques. Le faisceau papillo-maculaire est relativement moins touché que les autres faisceaux (Sattler), ce

(1) 1re partie : voir *Annales de Dermatologie*, no 4, avril 1933, p. 289.

qui, remarquons-le, explique l'existence du rétrécissement du champ visuel et l'absence d'un scotome central.

En résumé, les altérations dominent dans les cellules ganglionnaires de la rétine, ainsi qu'à la partie antérieure du nerf optique, dont le faisceau papillo-maculaire est cependant relativement moins atteint.

Les lésions provoquées expérimentalement chez les animaux rappellent celles qu'on a vues chez l'homme. Après intoxication par l'atoxyl, Igersheimer, Birch-Hirschfeld et Koster ont trouvé chez des chiens, des chats, des rats, des lapins de graves altérations de la rétine (surtout des cellules ganglionnaires), du nerf optique et même du cerveau et de la moelle.

Nous n'avons retrouvé aucun document anatomo-pathologique relatif aux lésions du nerf optique provoquées par les autres arsenicaux pentavalents, tels que la tryparsamide, le stovarsol.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des accidents oculaires consécutifs aux injections arsenicales est encore discutée.

Deux théories ont été proposées.

D'après l'une, les troubles oculaires résultent d'une action toxique directe du produit sur le nerf optique.

D'après l'autre, c'est la maladie elle-même, trypanosomiase ou syphilis, qui cause les troubles oculaires ; l'arsenic ne fait que les favoriser en réactivant des lésions antérieures latentes.

I. — Théorie de l'intoxication

L'action toxique directe des composés arsenicaux pentavalents sur le nerf optique est prouvée par des arguments étiologiques, cliniques, expérimentaux, toxicologiques et histologiques.

1° *Arguments étiologiques.* — Ce sont les doses massives introduites à chaque injection qui se montrent nocives pour le nerf optique. Il en est de même des injections à doses normales ou faibles, mais très rapprochées, dans l'intervalle desquelles l'arsenic

agit sans répit sur le nerf optique. Dans les deux cas, il est difficile d'invoquer une réactivation.

2° *Arguments cliniques.* — Comme toutes les névrites toxiques, la névrite optique de l'arsenic pentavalent a deux caractères importants, la bilatéralité et l'évolution généralement parallèle des lésions des deux yeux. Au contraire, l'atteinte mono-oculaire exclusive ou prédominante se voit ordinairement dans les névrites optiques d'origine infectieuse.

3° *Arguments expérimentaux.* — L'origine toxique de la névrite arsenicale est encore prouvée par le fait qu'on peut reproduire la lésion chez les animaux sains.

L'injection à l'animal de doses croissantes de composés arsenicaux pentavalents provoque des phénomènes toxiques qui prédominent sur le système nerveux central : tremblement, ataxie, mouvements giratoires (souris danseuses), parfois spasmes cloniques (Ehrlich, Fourneau). L'œil a pu également être attteint. Beck a provoqué de l'atrophie optique chez deux rats trypanosomés en leur injectant de l'atoxyl. Key en Amérique, Igersheimer en Allemagne établissent que chez presque tous les animaux, l'atoxyl a une affinité spéciale pour les globes oculaires. On le retrouve intact, par l'analyse chimique, dans les yeux des chiens et des chats, alors qu'on ne retrouve pas d'arsenic dans les yeux de ces animaux s'ils ont ingéré des doses équivalentes d'arséniate de soude (ces expériences auraient été plus probantes si le composé minéral avait été injecté sous la peau). Wendelstadt provoque la cécité chez des rats en leur injectant divers composés voisins de l'atoxyl (surtout le dérivé paroxybenzaldéhydique). L'orsudan, essayé chez quatre singes par Breinl et Nierenstein, a rendu deux de ces animaux aveugles.

4° *Arguments toxicologiques.* — Ceux qui admettent la théorie d'une intoxication par les dérivés arsenicaux pentavalents, en particulier par l'atoxyl (anilarsinate de soude), se sont demandé quel est au juste celui des composants qui est toxique. Les avis sont partagés, les uns incriminant l'aniline (Coppez), les autres l'arsenic.

Pour Igersheimer, la névrite de l'atoxyl est due à la molécule phénylarsinique. Car non seulement les corps voisins de l'atoxyl, comme l'arsacétine, mais le simple phénylarsinate de soude produisent les mêmes lésions chez l'homme et chez les animaux, chiens et chats.

Nous rappellerons que l'on trouve également le groupement phénylarsinique dans les autres arsenicaux pentavalents actuellement employés, qu'il s'agisse d'hectine, de stovarsol, d'orsanine, de tryparsamide ou d'acétylarsan, ce qui donne une grande vraisemblance à l'opinion de cet auteur.

Peut-être le neurotropisme de l'arsenic pentavalent est-il favorisé par les propriétés réductrices du tissu nerveux. On sait en effet que, contrairement à l'arsenic trivalent, l'arsenic pentavalent n'agit qu'après avoir subi dans l'organisme un phénomène de réduction (Ehrlich).

5° *Arguments histologiques.* — Nous avons exposé plus haut les constatations anatomo-pathologiques faites chez l'homme et chez les animaux ayant reçu des composés de l'arsenic pentavalent. La nature dégénérative des lésions plaide en faveur de leur origine toxique. S'il s'agissait d'une réactivation de lésions qui, dans la syphilis ou la trypanosomiase, débordent toujours plus ou moins sur les méninges, le microscope montrerait des altérations franchement inflammatoires, ce qui n'est pas le cas.

II. — Théorie de la neuro-réactivation

L'origine toxique des troubles oculaires, si nettement démontrée par les arguments précédents, pourrait être admise sans discussion si l'on ne savait qu'au cours du traitement antisyphilitique arsenical certains accidents nerveux peuvent survenir par suite de la réactivation de lésions syphilitiques latentes. Cette réactivation est provoquée par des médications soit douées d'un pouvoir curatif insuffisant, soit actives mais employées à des doses trop faibles.

Cette hypothèse mérite d'autant plus d'être envisagée que l'arsenic pentavalent, ainsi que l'un de nous l'a démontré avec Pomaret dès 1923, n'a qu'une activité relative contre le tréponème et quil est même capable de réactiver des lésions nerveuses, surtout médullaires (Barbier et Thévenon, Devic, Sézary et Barbé, Baudouin, Largeau et Busson).

En faveur de cette hypothèse on pourrait invoquer certains arguments impressionnants.

1° *Arguments étiologiques.* — La précocité de certains cas de névrite optique, en particulier lors du traitement de la neuro-syphi-

lis par la tryparsamide, cadre mieux avec l'hypothèse d'une réactivation qu'avec celle d'une intoxication.

De plus, les accidents oculaires sont beaucoup plus fréquents, nous l'avons vu, à la période tardive de certaines maladies, c'est-à-dire à l'époque où elles se compliquent de lésions nerveuses. De tous les syphilitiques, ce sont les tabétiques (Sézary et Barbé) qui sont le plus durement frappés. Or cette affection s'accompagne fréquemment de névrite optique avérée ou latente (Léri). Il est donc permis de penser que le traitement arsenical ne fait que raviver des lésions oculaires latentes ou en précipiter l'évolution.

2° *Arguments cliniques.* — On peut encore faire valoir que l'absence de scotome central différencie cette névrite de beaucoup d'autres névrites toxiques, en particulier de celle que provoque l'arsenic minéral. Cet argument, joint à la précocité des troubles oculaires, semble suffisamment démonstratif à Lillie pour lui faire accepter l'origine tréponémique et non arsenicale des névrites optiques qu'il a observées au cours du traitement des syphilitiques par la tryparsamide.

3° *Arguments thérapeutiques.* — Dans plusieurs cas de maladie du sommeil ou de neuro-syphilis traités par la tryparsamide, la continuation des injections non seulement n'a pas aggravé les troubles visuels subjectifs ou même fonctionnels survenus au cours du traitement arsenical (Marugo, King), mais encore ne les a pas empêché de guérir. On a vu dans ces faits un argument de premier ordre contre la théorie toxique de la névrite.

Discussion

Névrite toxique et fragilisation du nerf

On voit donc qu'à propos de la névrite optique de l'arsenic pentavalent, on peut reprendre les mêmes discussions pathogéniques qu'à propos des ictères parathérapeutiques des syphilitiques.

Mais ici la nature toxique du plus grand nombre des faits apparaît vraiment indiscutable. Aux arguments que nous avons déjà rappelés, on peut en ajouter d'autres non moins importants.

D'abord cette névrite peut s'observer chez des sujets indemnes de toute lésion nerveuse quelle qu'elle soit, ce qui élimine toute

possibilité de réactivation. C'est ainsi que l'atrophie optique provoquée par l'atoxyl a été observée chez des malades ni trypanosomés, ni syphilitiques. Les uns étaient atteints de lichen plan (Bornemann, Fehr) ; d'autres de pemphigus (Lesser et Greeff) ; d'autres de nervosité (?) (von Krudener). C'est pour un cancer que le malade de Nonne était traité. Il n'y a donc pas toujours une lésion nerveuse réactivable.

La même remarque peut être faite à propos de la tryparsamide, qui a provoqué (Woods et Moore) des troubles visuels subjectifs chez deux parkinsoniens post-encéphalitiques et une amblyopie accentuée chez un malade atteint de lymphosarcome.

D'autre part, la névrite optique ne fait pas partie de la symptomatologie de la trypanosomiase abandonnée à elle-même. Si l'on a observé, dans les rares cas de formes cérébrales de la maladie du sommeil, une atteinte du nerf optique (Martin et Darré), il s'agit d'œdème de la papille par stase. On n'a d'ailleurs pas signalé une fréquence plus grande des troubles oculaires dans les cas où, par suite de mauvaises directives thérapeutiques, la maladie a été réactivée (Vaucel).

Enfin, s'il y avait réellement réactivation lorsque survient une complication oculaire, on devrait observer en même temps une aggravation de la maladie. Or il n'en est rien. Chez les trypanosomés traités par l'arsenic pentavalent, on voit les signes cliniques s'améliorer, les anomalies du liquide céphalo-rachidien s'amender. Lorsqu'il apparaît des troubles visuels, ceux-ci surviennent alors que s'améliorent les autres manifestations cliniques et biologiques. On ne peut donc parler de réactivation.

Inversement, lorsque, chez un tabétique, une réactivation survient au début d'un traitement par l'acétylarsan, elle se manifeste par une exacerbation temporaire des douleurs fulgurantes, mais non par une névrite optique. Celle-ci, quand elle se produit, est indépendante de tout autre signe de réactivation.

De même, chez des paralytiques généraux traités par le stovarsol sodique, Sézary et Barbé ont noté que les troubles oculaires ne s'accompagnaient d'aucune modification du liquide céphalo-rachidien. Or les réactions de ce dernier sont toujours évidentes en cas de réactivation.

Les mêmes critiques s'adressent à l'hypothèse d'une libération massive d'endotoxines, défendue par Ayres Kopke.

Quant à l'opinion de L. Pearce, qui attribue la névrite à un processus fibreux de guérison de lésions nerveuses inflammatoires, elle se heurte à de graves obstacles : précocité des accidents oculaires (Jamot), curabilité de certains cas, absence de signes d'œdème et de stase papillaire. Elle est d'ailleurs infirmée par les constatations histologiques que nous avons rapportées plus haut.

L'ensemble de ces arguments rend particulièrement forte la position des auteurs qui soutiennent la nature toxique de la névrite optique de l'arsenic pentavalent. Il faut cependant pouvoir répondre aux arguments invoqués en faveur de la réactivation. Ceux ci ne nous paraissent pas irréfutables.

La précocité de l'accident dans certains cas s'explique par une cause prédisposante.

Tantôt il s'agit d'une lésion antérieure du nerf qui le fragilise et le rend plus sensible à l'action des toxiques. Cette notion de la *fragilisation* nous paraît particulièrement importante. Elle explique les particularités anatomo-cliniques de la névrite : d'abord la prédominance des lésions à la périphérie, à l'endroit où les fibres nerveuses sont altérées par la méningite voisine, dans la syphilis (Léri) comme dans la trypanosomiase ; d'autre part, l'atteinte du nerf seulement à la période tardive de la maladie, quand les lésions méningées se sont constituées.

La fragilité du nerf explique aussi la plus grande fréquence de la complication chez les tabétiques que chez les paralytiques généraux, car nous savons que les lésions du nerf optique sont, cliniquement et surtout histologiquement, plus communes dans le tabès. Il semble donc bien que les altérations antérieures du nerf, soit encore évolutives, soit même en résolution, favorisent l'action de l'arsenic dans un certain nombre de cas.

Dans d'autres circonstances, ce facteur ne joue pas. Mais on conçoit parfaitement que l'insuffisance rénale permette l'accumulation du poison, ce qui provoque rapidement une lésion du nerf, soumis à l'action constante d'une dose d'arsenic qui devient de plus en plus importante dans l'organisme.

De même la précocité de la névrite peut parfois s'expliquer par

l'insuffisance du foie, dont les fonctions antitoxiques ne jouent plus. L'alcoolisme agirait simultanément par les troubles hépatiques et par la fragilisation du nerf.

Dans tous les cas qui relèvent d'une posologie incorrecte et où l'action nocive de l'arsenic se manifeste sans aucune cause prédisposante, l'hypothèse de la réactivation ne peut être discutée, ni même soulevée, car une telle réaction ne se conçoit pas après un traitement massif.

Enfin, la curabilité des troubles oculaires malgré la continuation du traitement — dernier argument en faveur de la réactivation — peut s'expliquer par une sorte de mithridatisation, dont on connaît, justement vis-à-vis de l'arsenic, des exemples classiques : les fibres nerveuses peuvent, en effet, devenir rapidement insensibles à de nouvelles doses d'arsenic. On pourrait aussi admettre qu'une fois les fibres fragilisées détruites, les autres résistent à l'action du toxique.

DIAGNOSTIC

La connaissance de l'action nocive des dérivés de l'arsenic pentavalent sur le nerf optique est à la base du diagnostic. Sa méconnaissance expose aux erreurs les plus graves.

La névrite optique de l'arsenic pentavalent est facilement rattachée à sa cause en raison des circonstances bien spéciales de son apparition. C'est seulement si ces dernières sont cachées au médecin ou méconnues de lui que le diagnostic devient délicat.

En général, c'est au cours du traitement qu'on est averti par le malade de l'existence de troubles visuels. Ce ne sont parfois que des troubles subjectifs consistant en phosphènes. Le plus souvent malheureusement, ce sont des troubles fonctionnels qui s'aggravent rapidement.

L'examen, fait aussitôt, montre un rétrécissement du champ visuel et une diminution nette de l'acuité. Dans la règle, il n'y a pas de scotome central. Celui-ci a été constaté dans des cas trop rares pour qu'on puisse tenir compte des cas où il a été signalé.

Les altérations du fond d'œil sont nulles au début. C'est seu-

lement à une période plus tardive que l'on trouve à l'ophtalmoscope une papille pâle, signe de l'atrophie optique secondaire aux lésions nerveuses.

La relation de cause à effet entre l'intoxication et les troubles oculaires s'établit aisément dans la grande majorité des cas. Cependant, il ne faudrait pas croire que tous les troubles oculaires survenant chez des malades traités par l'arsenic pentavalent sont dus à une névrite optique.

Il faut savoir qu'aux environs de la cinquantaine, les malades peuvent, pour des causes générales diverses (asthénie générale, surmenage de la vision sans bonne correction) accuser une baisse de leur acuité visuelle, alors qu'en réalité il n'existe qu'une *exagération passagère du trouble de l'accommodation*. Il en était sans doute ainsi chez un malade de Trolli qui accusait de la fatigue visuelle après chaque injection d'hectargyre. Nous avons eu aussi une alerte chez une femme de 52 ans traitée par l'acétylarsan. M. Coutela, devant l'importance des troubles de la réfraction que la malade corrigeait mal, n'a pas hésité à innocenter l'arsenic ; l'évolution lui a donné raison, car les troubles ont disparu avec des verres appropriés et malgré la continuation du traitement. Un cas analogue a été rapporté par Touraine, Fouet et Golé, avec la tryparsamide. Ces troubles de l'accomodation ne sont pas étonnants : on a signalé une myopie passagère après les injections de 914 (Milian, Dupuy-Dutemps). Il faut reconnaître que dans ces conditions l'erreur est facile, car au début la névrite optique arsenicale ne s'accompagne d'aucune modification du fond d'œil et le rétrécissement du champ visuel, s'il est fréquent, n'est pas constant.

A la période d'atrophie optique totale et complète, il est à peu près impossible de distinguer objectivement les lésions dues à l'arsenic pentavalent de celles que l'on rencontre dans le *tabès*. Mais plus précocement le diagnostic est possible. Le plus souvent en effet, le début de l'atrophie optique tabétique est lent et monooculaire ; c'est là un caractère essentiel, déjà bien mis en évidence par Fournier et Galezowski. Plus tard, les deux yeux sont atteints, mais d'une façon inégale. Au contraire, la bilatéralité et la symétrie des lésions oculaires caractérisent la névrite arsenicale. D'autre part, dans le tabès, la pâleur du disque papillaire accompagne ou même précède la diminution de l'acuité visuelle ; un aspect ophtalmo-

scopique absolument normal en dépit de troubles visuels déjà bien accusés y est très exceptionnel (Dufour et Gonin). La décoloration papillaire est au contraire postérieure aux troubles fonctionnels dans la névrite optique arsenicale. Enfin, dans l'atrophie tabétique, l'évolution est ordinairement plus longue, plus capricieuse, avec des périodes d'arrêt, alors que dans la névrite optique arsenicale grave, comme celle de l'atoxyl, elle est rapide, continue, progressive.

Des troubles oculaires ont été également observés exceptionnellement dans la *maladie du sommeil*. Martin et Darré ont même décrit une *forme cérébrale* de la trypanosomiase s'accompagnant de troubles visuels analogues à ceux des tumeurs de l'encéphale. Mais ces troubles, sont bien différents de ceux que nous avons étudiés : l'examen du fond d'œil montre de l'œdème de la papille. On les attribue parfois à une lésion méningée péri-optique, le plus souvent à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien (Morax).

Abstraction faite des anamnestiques, il peut être délicat de distinguer l'amblyopie due à l'arsenic pentavalent des autres *amblyopies toxiques*. On sait à ce point de vue qu'un premier groupe de corps toxiques, l'alcool, le tabac, la thyroïdine, le sulfure de carbone, le plomb, l'aniline, est capable de provoquer des névrites optiques. Mais toutes ces névrites sont du type clinique dit « rétro-bulbaire ». Elles se caractérisent par l'existence d'un *scotome central* qui fait défaut dans celle de l'arsenic pentavalent. Parmi elles se range la névrite de l'arsenic minéral, où se retrouve ordinairement le scotome central, avec souvent des hémorragies et de l'œdème de la rétine (Birch-Hirschfeld et Koster).

Les troubles oculaires dus à l'arsenic pentavalent se rapprochent par leur brusquerie de ceux déclenchés par l'*alcool méthylique*. Mais ces derniers surviennent au sortir d'une intoxication massive, souvent comateuse, et l'on observe parfois un scotome central.

C'est avec les accidents oculaires provoqués par la *quinine* et la *fougère mâle* que l'analogie est la plus grande.

Cependant, dans les premiers, l'ischémie rétinienne est très prononcée, l'évolution est favorable malgré le rétrécissement persistant du champ visuel et la couleur crayeuse de la papille. L'intoxication se traduit de plus par des vertiges, des bourdonnements d'oreilles et souvent par un coma au sortir duquel le malade est aveugle et sourd.

Dans l'intoxication filicique, les symptômes oculaires sont analogues aux précédents, mais leur évolution est plus grave. Ils s'accompagnent de troubles digestifs et nerveux.

Dans ces deux derniers types de névrite toxique, il existe, comme dans celle de l'arsenic pentavalent, une dégénérescence des cellules ganglionnaires de la rétine et des fibres du nerf optique. Mais de plus, il y a une importante ischémie rétinienne que l'on ne trouve pas dans la névrite de l'arsenic pentavalent.

PRONOSTIC

L'arsenic pentavalent peut, nous l'avons vu, causer une névrite optique grave, bilatérale, évoluant rapidement vers une cécité définitive. Tel est le cas extrême.

Par contre, il est des sujets chez lesquels l'évolution est favorable, la guérison complète. C'est ce qui se produit toujours si le malade n'a présenté que des troubles subjectifs (phosphènes) sans aucun trouble fonctionnel. Dans ces cas, les altérations du nerf sont relativement légères. La guérison totale est encore possible, mais elle est rare, si l'on a constaté un rétrécissement du champ visuel ou une baisse de l'acuité.

Enfin, dans des cas intermédiaires par leur sévérité, les troubles visuels, après une période d'aggravation ou d'amélioration incomplète, peuvent ne plus se modifier et persister indéfiniment. C'est tantôt un rétrécissement du champ visuel plus ou moins accentué, qui, dans ses formes extrêmes, ne laisse indemne que la vision centrale. C'est tantôt une diminution de l'acuité visuelle plus ou moins marquée. Le plus souvent, ces deux troubles fonctionnels se trouvent associés à des degrés divers.

Il est intéressant d'étudier les différents *facteurs de gravité* de la névrite pentarsenicale afin de pouvoir porter un pronostic dans un cas donné.

I. — *La nature du composé arsenical* est à mettre au premier plan. Non seulement la fréquence et la symptomatologie, comme nous l'avons vu, mais encore et surtout la gravité immédiate et tardive des accidents varient d'une façon importante selon que l'on a employé tel ou tel produit.

L'*atoxyl* et les corps voisins, l'*arsacétine*, l'*orsudan*, occasionnent des névrites d'une gravité particulière. Rappelons que 43,8 o/o évoluent vers une cécité définitive. Même en arrêtant les injections dès le début des troubles oculaires, il n'est pas rare de voir les fonctions visuelles baisser rapidement et disparaître définitivement. Quelles que soient la date d'apparition des accidents et les doses d'arsenic injectées, l'évolution vers la cécité est toujours à craindre.

La *tryparsamide*, le *stovarsol*, l'*acétylarsan*, au contraire, donnent des accidents oculaires non seulement moins fréquents, mais aussi moins graves et souvent moins durables. Cependant les injections antérieures d'un dérivé arsenical du groupe de l'atoxyl favorisent et aggravent les accidents que ces corps peuvent provoquer.

Avec la *tryparsamide* (seul de ces trois produits avec lequel une statistique globale soit possible en raison du grand nombre de cas observés), sur 442 malades qui ont accusé des troubles visuels, 43 sont devenus aveugles ; le pourcentage est donc de 9,7 o/o.

Les troubles purement subjectifs, sans aucune modification de l'acuité ni du champ visuels, sont passagers. Ils disparaissent rapidement si l'on interrompt les injections, et assez souvent même, comme ont pu le constater certains auteurs, si l'on poursuit le traitement au même rythme que précédemment (pratique que nous ne saurions cependant recommander).

S'il existe, au contraire, une diminution de l'acuité visuelle ou un rétrécissement du champ visuel, la complication est sérieuse. Il convient alors d'arrêter immédiatement les injections. On voit dans la grande majorité des cas la guérison se produire peu à peu, souvent complète. C'est seulement chez quelques malades que les troubles persistent ou même s'accentuent, pouvant aboutir à une cécité définitive. Nous avons observé un cas où l'évolution a eu cette gravité.

Quelques auteurs n'ont pas craint, malgré des troubles nets de la fonction visuelle, de continuer les injections : les troubles sont parfois restés stationnaires ou même ont rétrocédé. On peut se demander si les cas qui n'en ont pas moins évolué vers la cécité ont bien été publiés, les auteurs ne désirant pas rapporter des accidents graves dont ils méritent la responsabilité.

Au total, le pronostic de troubles visuels dus à la tryparsamide,

assez bon en général, doit être cependant réservé en raison de la possibilité de leur évolution vers la cécité définitive.

II. — La *date d'apparition des troubles oculaires*, partant la quantité totale d'arsenic pentavalent injectée au moment où les troubles commencent, a-t-elle une importance pour le pronostic ?

Nous avons vu qu'il n'en était rien pour les arsenicaux du groupe de l'*atoxyl*.

Pour la *tryparsamide*, les troubles oculaires qui, chez les neurosyphilitiques, se produisent le plus souvent dès les premières injections sont presque toujours légers et transitoires. Au contraire, les accidents plus tardifs, ceux par exemple qui surviennent après plusieurs séries d'injections chez un sommeilleux avancé, sont plus souvent graves et durables. Mais il est très possible que cette différence tienne plus à l'état général des malades qu'à l'époque d'apparition de la névrite.

En effet, chez les paralytiques généraux traités par le *stovarsol sodique*, les accidents tardifs sont loin d'être toujours graves. Dans 2 cas sur 5 observés par Sézary et Barbé, ils n'ont pas évolué vers la cécité.

III. — L'*état général du malade*, son *âge*, l'atteinte plus ou moins profonde de son *système nerveux central* et de son *nerf optique* ou l'existence d'une *intoxication alcoolique* sont à prendre en considération pour porter un pronostic. Toute déficience locale ou générale est non seulement un facteur prédisposant, mais aussi un facteur aggravant.

IV. — Enfin, il semble que dans bien des cas la *précocité du diagnostic* des accidents occulaires ait permis de prendre des mesures (cessation immédiate de l'arsenic, mise en œuvre de la thérapeutique) capables de diminuer leur gravité.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

La prophylaxie des névrites optiques arsenicales repose sur la connaissance du danger qu'offrent pour l'œil certains dérivés arsenicaux pentavalents, quand on les emploie à certaines doses, chez certains malades.

I. *Avant de discuter même l'opportunité d'un traitement par*

l'arsenic pentavalent, il importe d'abord de bien connaître les accidents oculaires que peut causer le produit dont on va se servir, leur fréquence, leur gravité. Leur risque sera mis en balance avec les résultats thérapeutiques que l'on espère obtenir. *On ne peut faire le procès d'un médicament parce qu'il est parfois dangereux*, à moins que l'on possède, pour guérir l'affection causale, une autre médication moins dangereuse.

Tel a été par exemple le cas de l'atoxyl. Abandonné à juste titre dans le traitement de la syphilis, il n'a cessé d'être utilisé dans la maladie du sommeil où il a sauvé de nombreux malades. Et s'il est beaucoup moins employé actuellement à la période avancée de la trypanosomiase, ce n'est pas à cause des accidents oculaires qu'il a pu provoquer et qui ont été largement compensés par son action thérapeutique, mais par suite de la découverte de nouveaux produits plus actifs à ce stade de la maladie.

Nous comparerons dans cet ordre d'idées l'atoxyl dans la maladie du sommeil au stovarsol ou à la tryparsamide dans la paralysie générale. Ces deux médicaments ont été préconisés l'un en France par Sézary et Barbé, l'autre en Amérique par Lorenz, à une époque où la malariathérapie était encore, sinon inconnue, du moins non vulgarisée. Le stovarsol, au début, fut employé à des doses qui étaient basées sur sa constitution chimique et qui, à l'usage, se sont montrées excessives. Depuis, la posologie a été rectifiée. Sézary et Barbé, sur plus de 250 malades ne présentant aucune contre-indication et traités depuis six ans avec une posologie normale n'ont pas observé un seul cas de névrite optique. Mais le danger de cette complication oculaire persisterait-il que le stovarsol mériterait encore d'être conservé dans le traitement de la paralysie générale. Car d'abord les statistiques les plus récentes de la malariathérapie comportent toujours une rubrique de « mortalité due au paludisme », qui persiste malgré le soin qu'on apporte à choisir un virus peu toxique et à sélectionner les malades à traiter. De plus, le stovarsol est seul applicable aux paralytiques généraux cachectiques, affaiblis, atteints d'insuffisance cardiaque, qui ne pourraient pas supporter l'impaludation. Sa nocivité chez ces derniers est incomparablement moindre que celle de l'impaludation, qu'on refuse d'ailleurs généralement à des sujets aussi peu résistants.

II. *Le traitement par l'arsenic pentavalent reconnu opportun, il*

faut chercher s'il peut être appliqué sans danger. On n'oubliera pas les *contre-indications* qui ont été précisées par Sézary et de Font-Réaulx et qui découlent de l'étude des causes prédisposantes.

L'existence d'une lésion antérieure du nerf optique est une contre-indication formelle. Les risques d'amblyopie sont en effet très grands dans ce cas. On n'oubliera donc jamais de faire examiner dans tous les cas l'acuité visuelle, le champ visuel et le fond d'œil des malades avant de commencer le traitement.

L'arsenic pentavalent est également dangereux chez les sujets atteints d'affections au cours desquelles le nerf optique peut être altéré d'une façon latente (tabès avéré sans trouble visuel, alcoolisme, etc.) ou chez ceux dont l'insuffisance du foie ou des reins favorise l'action nocive du toxique.

III. *Le traitement par le produit arsenical pentavalent une fois décidé*, un certain nombre de précautions sont indispensables. Il s'agit d'employer le médicament à une dose qui soit suffisante pour être efficace, mais incapable de léser le nerf optique (Sézary et Barbé).

Les voies sous-cutanées et intramusculaires nous paraissent plus recommandables que la voie intraveineuse.

On s'en tiendra rigoureusement pour chaque composé aux doses que l'expérience montre généralement inoffensives.

Il est prudent de commencer le traitement par une dose inférieure à la dose maxima que l'on se propose d'atteindre. Ceci permet de tâter la susceptibilité propre du malade et surtout d'accoutumer le nerf optique au médicament. L'accoutumance, comme nous l'avons déjà rappelé, joue un rôle très important dans la résistance à l'intoxication arsenicale. Aussi serions-nous d'avis que tout traitement prudent par l'arsenic pentavalent débutât soit par la moitié de la dose moyenne, soit même par des doses plus faibles et progressivement croissantes, représentant successivement le quart, puis la moitié, enfin les trois quarts de la dose normale, celle-ci n'étant atteinte qu'à la quatrième injection.

Les intervalles entre les injections doivent être suffisamment espacés. Ils varient pour chaque composé. Nous avons signalé plus haut le danger des doses mêmes faibles, mais trop fréquemment répétées.

Enfin, rien ne s'oppose, semble-t-il, à ce que le traitement soit

assez longtemps poursuivi, des doses totales considérables ayant pu être administrées en injections suffisamment espacées sans accident. Cependant il est prudent de ne pas dépasser dans une série le nombre d'injections indiqué par les auteurs.

Rappelons que la posologie habituelle des composés arsenicaux pentavalents est en moyenne de 8 injections hebdomadaires de 40 cgr. d'atoxyl ; de 10 injections hebdomadaires de 3 gr. de tryparsamide, d'après les auteurs américains ; de 12 injections hebdomadaires de 4 cgr. d'orsanine par kilogramme de poids chez les sujets en bon état ; de 21 injections tri-hebdomadaires de 1 gr. de stovarsol sodique ; de 16 injections bi-hebdomadaires d'une ampoule d'acétylarsan.

Enfin, un examen oculaire minutieux, que nous avons dit indispensable avant de décider le traitement, n'est pas moins nécessaire au cours même du traitement. Il faut s'assurer, *avant chaque injection*, que l'acuité visuelle du malade ne baisse pas. Pour cela, on lui fera lire un texte imprimé en petits caractères. Il sera bon aussi de vérifier si les limites de son champ visuel demeurent normales, car son rétrécissement précède souvent l'affaiblissement de la vue.

III. — *Si le malade accuse des troubles visuels au cours du traitement*, il ne s'agit pas toujours d'un accident grave. L'examen peut en effet ne montrer aucun trouble fonctionnel. Beaucoup d'auteurs se croient alors autorisés à poursuivre les injections arsenicales, en redoublant la surveillance. Nous ne saurions affirmer que cette conduite puisse être toujours conseillée.

Si, au contraire, on met en évidence une diminution même légère de l'acuité ou un rétrécissement même minime du champ visuel, il faut immédiatement arrêter les injections. Pourrait-on les reprendre après rétrocession complète de tout trouble visuel ? D'assez nombreuses observations montrent que, contrairement à ce qu'on pourrait craindre, un nouvel accident est assez rare. Mais cette pratique ne nous paraît pas exempte de risques.

Un exemple rapporté par Sézary et Barbé montre bien la variabilité de la toxicité de l'arsenic pentavalent chez un même malade. Un tabétique reçoit une première fois, à Lamalou en septembre 1928 une série de 10 injections trihebdomadaires d'acétylarsan, aussitôt après survient une baisse notable de l'acuité visuelle. Cependant

un autre médecin, en Bretagne, refait fin octobre une seconde série analogue, qui aggrave les troubles oculaires (rétrécissement considérable du champ visuel). Il est traité ensuite par le bismuth, l'huile grise, le lipiodol, sans incident. En mars 1929, il reçoit encore de l'acétylarsan : cette fois, la médication n'a pas aggravé son amblyopie, et cependant la cécité complète était à craindre chez ce malade.

Quant au *traitement* lui-même de la névrite optique arsenicale, la thérapeutique conseillée par Ravaut et qui, dans d'autres lésions toxiques, a fait ses preuves nous paraît recommandable : nous voulons parler des injections intraveineuses d'une solution stérile d'hyposulfite de soude à 20 o/o, à la dose de 10, puis 20 cc., qu'on répète quotidiennement pendant 10 à 20 jours consécutifs. Cette méthode a donné un bon résultat dans un cas rapporté par Terrien. Au début de la complication, les diurétiques pourraient être utiles. On a recommandé aussi les injections d'acétylcholine.

Le régime lacto-végétarien nous semble tout à fait indiqué.

BIBLIOGRAPHIE

ATOXYL

De Azua. — *Actas dermo-sifiligraficas*, oct. 1909.
Beck. — *Centralbl. f. praktische Augenheilkunde*, mai 1909, p. 129.
Beck. — *Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte*, août 1910, p. 346.
Birch Hirschfeld et Koster. — *Fortschr. der Med* , 1908, nº 22.
Birch-Hirschfeld et Koster. — *Von Graefe's Archiv f. Ophtal.*, 30 août 1910.
Blanchard et Laigret. — *Soc. path. exot.*, 19, p. 798.
Borneman. — *Münch. med. Wochenschr.*, 1905, p. 1043.
Breinl et Nierenstein. — *Ann. of trop. Med. a Par.*, t. III, 1909, p. 395.
Broden et Rodhain. — *Bull. Soc. Belge Med. trop.*, nº 2, p. 136.
Van Campenhout. — *Bull. Acad. R. de Belgique*, 26 janv. 1907.
Clarke. — *Transactions of the ophtal. Soc. of the Un. Kingdom*, 1910.
Constantino. — *Arch. opht.*, 1907.
Constantino. — *Archiv. di Ottalmologia*, mars 1911.
Coppez. — *La Clinique ophtalm* , juin 1909, p. 273.
Coppez. — *XIe Cong. int. di oftalm.*, fasc. 11, p. 457, Naples, avril 1909.
Darier. — *La Clinique opht.*, 1907, nos 11 et 12.
Dor. — *Soc. fr. d'Opht., Congrès 1914*, vol. XXXI, p. 34.
Fehr. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1907, p. 2032.
Garcia del Mazo. — *Archiv. de Oft. Hisp. Amer.*, XI, 1911, p. 661.
Grignolo. — *Annali di Ottalm.*, XL, p. 230.

HALLOPEAU — *Acad. de méd.*, 4 juin 1907 et 9 juillet 1907.
HALLOPEAU. — *La Clinique*, 6 sept. 1907.
HELLER. — *Arch. f. Derm. u. Syph.*, vol. CII, p. 437.
HERFORD. — *Charité Annal.*, 1908, p. 440.
HERXHEIMER. — *Münch. med. Wochenschr.*, 1909, p. 1045 et 1352.
HODGES. — *Progress Report on the Uganda Sl. Sick. Camps.*, oct. 1909.
HOLLEBEKE. — *Bull. Acad. R. de Belgique*, t. XXI, p. 1907, p. 339.
HUOT. — *Ann. méd. et pharm. coloniales*, n° 1, janv. 1923.
IGERSHEIMER — *Berl. kl. Wochenschr.*, 1908, p. 2150.
IGERSHEIMER. — *XXXV Versamm. d. opht. Gesellsch. zu Heidelb.*, août 1908.
IGERSHEIMER. — *Von Graefe's Archiv f. Opht.*, LXXI. 1909, p. 379.
IGERSHEIMER. — *Münch. med. Wochenschr.*, 1910, p. 51.
IGERSHEIMER. — *Archives of Opht.*, mai 1911.
JAMOT. — *L'Hygiène sociale*, 10 fév. 1932, p. 1405.
JOYEUX. — *Précis de méd. coloniale*, 1927, p. 673.
KALASCHNIKOW. — *Centralblatt f. praktische Aug.*, avril 1913, p. 101.
KEY. — *Univers. of Pennsylv. Med. Bulletin*, juin 1909.
KOCH — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1907, p. 1889.
KOPKE. — *Rapport au 14e Congrès int. d'Hyg.*, Berlin, sept. 1907.
KOPKE. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1922, p. 139.
KOSTER. — *Neurol. Centralbl.*, 1909, p. 1198.
VON KRUDENER. — *Festchr. f. Kuhnt.*, 1906.
DE LAPERSONNE et LÉRI. — *Acad. de Méd.*, 10 janvier 1911.
LAVERAN et THIROUX. — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1908, p. 28.
LE DANTEC. — *Précis de path. exot.*, p. 499.
LEFROU. — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1923, p. 294.
LEHMANN. — *Cité par Paderstein.*
LESSER et GREEFF. — *Verein f. innere Med.*, 1er juill. 1907.
MAKROCKI. — *Berl. kl. Wochenschr.*, 2 nov., LI, n° 44.
MANCIONE. — *Archiv. di Ottalmologia*, juin 1911, p. 769.
MARTIN. — *Tribune médicale*, 1907, p. 725.
MARTIN et DARRÉ. — *Soc. méd hôp.*, 26 mars 1909.
MARTIN et DARRÉ. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1910, p. 333, et 1914, p. 711.
MARTIN et LEBŒUF. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1908, p. 624.
MARTIN, LEBŒUF et RINGENBACH. — *Bull. Soc. path. exot*, 1911, p. 310.
MORAX. — *Ann. d'Oculistique*, 1908, p. 75.
MORAX. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1922, p. 139.
NONNE. — *Soc. méd. de Hambourg*, 3 mars 1908.
NONNE. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1908, p. 1291.
OUZILLEAU et LEFROU. — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1923, p. 275.
PADERSTEIN. — *Berl. kl. Wochenschr.*, 31 mai 1909.
VON RAVEN. — *Amtsblatt. f. d. Schutzgebiet, Togo*, sept. 1910, p. 407; nov. 1910, p. 532; janv. 1911, p. 15.
ROSENFELD. — *Jahresb. f. Ophth.*, 1909, p. 410.
ROY. — *Rev méd et hyg. tropicale*, 20, p. 103.
SALMON. — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1908, p. 66.
SCHIRMER. — *Archiv of ophtalm.*, sept. 1910.
SCHWARZ. — *St-Petersburg med. Wochenschr.*, 1909, n° 16.
SICÉ. — *Bull. Soc. Path. exot.*, 1924, p. 179 et 14 janv. 1931.
VAN SOMEREN. — *British med. Journ.*, 22 janv. 1910, p. 625.

STEINBACH. — *Berl. kl. Wochenschr.*, 15 juin, LI, n° 24
TERRIEN. — *Ann. des mal. vénériennes*, 1907, p. 755.
ULLRICH. — *Arch. f. Sch. u. Trop. Hyg.*, 1911, t. XV, p. 41.
VAUCEL. — *Ann. méd. et pharm. coloniales*, juil. 1929, p. 403.
WASSERMANN — *Berl. kl. Wochenschr.*, 1907, n° 35.
WEHRMANN. — *Berl kl. Wochenschr.*, 1907, n° 35.
WENDELSTADT. — *Berl. kl. Wochenschr.*, 21 déc. 1908, p. 2263.
WILBRAND et SAENGER. — *Die Neurologie des Auges*, t. V, p. 598.

ARSACÉTINE ET CORPS VOISINS

BIRCH-HIRSCHFELD et INOUYE. — *Archiv f. Opht.*, LXXIX, p. 81.
BORCHERS. — *Münch. med. Wochenschr.*, 1910, n° 8, p. 408.
CLARKE. — *Ophtal. Review*, 1910, p. 190 et p. 283.
COUTELA. — *Arch. d'ophtalm.*, janv. 1912.
DOR. — *Soc. fr. d'Opht.*, Congrès 1914, vol. XXXI, n° 2, p. 40.
ECKARD. — *Archiv f. Tropenhygiene*, XIV, p 16.
EHRLICH. — *Berl. kl. Wochenschr.*, 1907, n° 9, p. 12.
ELLET. — *Journ. of Tennessee State Med. Assoc.*, mars 1911.
HAMMES. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1910, n° 6, p. 267.
HENDERSON. — *Americ. Journ. of opht.*, nov. 1910.
HODGES. — *Progress Report on the Uganda Sl. Sick. Camps.*, oct. 1909.
IVERSEN. — *Jahresb. f. Ophth.*, 1909, p. 409.
JEUSSEN. — *Dermat. Zeitschr*, 1910, n° 4.
JUDIN. — *Wochenschr. f. Ther. u Hygiene d. Aug.*, n° 5, oct. 1909.
LANE. — *British med. Journal*, 5 mars 1910.
OPPENHEIM. — *Berl. kl Wochenschr.*, 1910, n. 5.
PADERSTEIN. — *Berl. kl. Wochenschr.*, 1909, p. 1023.
PFLUGHOFT. — *Münch. med. Wochenschr.*, 1910, n° 26, p. 1395.
RUETE. — *Münch. med. Wochenschr.*, 1909, p. 718.
SATTLER. — *Von Graefe's Archiv f. Opht.*, 10 mai 1912.
SOWADE. — *Archiv. f. Dermatologie u. Syph.*, 1910, n° 1.
SULZER. — Cité par Coutela.
WAINSTEIN. — *Westn. Ophth.*, 1910, p. 175.
WILBRAND et SAENGER. — *Die Neurologie des Auges*, t. V, p. 601.

HECTINE

G. BALLET et HIRSCHMANN. — *Presse médic*, 20 sept. 1911.
BALZER. — *Presse médicale*, 23 déc. 1911.
BALZER et MORAX — *Soc franç. de Dermat et de Syphil.*, 1910, p. 336.
BALZER et MOUNEYRAT. — *Soc. méd. des Hôp.*, 4 juin 1909
BROCQ. — *Soc. de Dermatologie*, nov. 1910.
HALLOPEAU et FRANÇOIS-DAINVILLE. — *Soc. franç. de Dermat et de Syphil.*, 1er juin 1911.
LEFORT. — *Thèse Paris*, 1912.
TOFFIN. — Cité par Lefort, p. 31.
VALUDE. — *Ann. d'Oculist.*, oct. 1911, p. 272.

TRYPARSAMIDE

Abbatucci. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1926, p. 271.
Blanchard et Laigret. — *Ann. méd. et pharm. colon.*, 1925, t. XXIII, p. 131.
Bleumel et Greig — *Colorado Med. Denver.*, 22 janv. 1925.
Van den Branden. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1925, t. XVIII, p. 645 et 1926, t. XIX, p. 8.
Van den Branden. — *Ann. Soc. belge méd. trop.*, 1927, t. VII, p. 249.
Van den Branden. — *Bull. Acad. R Belgique*, 1928, 8, p. 332.
Van den Branden et van Hoof. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1923, t. XVI, p. 606.
Brown et Pearce. — *J. exp. Med.*, 1919, t. XXX, pp. 417, 437, 455 et 1921, t. XXXIII, p. 193.
Brown et Pearce — *J. am. med. Ass.*, 1924, t. LXXXII, p. 5.
Cady. — *J. am. med. Ass*, sept. 1924, p. 896.
Cady et Alvis. — *J. am. med. Ass.*, janv. 1926, t. LXXXVI, 184.
Chesterman. — *Tr. Roy. Soc. trop. Med. and Hyg.*, 1923, t. XVI, p. 394 et 1924, t. XVIII, p. 131.
Claude et Targowla — *Soc. Biologie*, 19 juill. 1924
Crawford — *Canada Med. J.*, janv. 1925, t. XV, p. 47.
David. — *Ann. Soc. belge med. trop*, 1927, t. VII, p. 303.
Dye. — *Tr. Roy. Soc. trop. Med. and Hyg*, 1926, 20, p 74.
Ebaugh et Dickson. — *J. am. med. Ass.*, 13 sept. 1924, p. 803.
Guillain et Girot — *Bull. Acad. Méd.*, 8 juil. 1924.
Holmes. — *U. S. Veterans' Bureau Med. Bull. Washington*, 1929, 5, p. 323.
Van Hoff. — *Rapport de la Comm. intern. Soc. des Nations sur la trypanosomiase humaine*, C. H. 629, mars 1928, pp. 363 et 382.
Infante. — *Ann. Soc. belge méd. trop.*, 1927, 7, p 297.
Jamot. — *Communication personnelle.*
Jamot. — *Bull. Soc. path. exot*, 1926, 19, pp. 271 et 463; 1929, p. 473.
Jamot. — Cité par Pearce, *monographie*, p. 28.
Jamot et Vernon. — *Bull. Soc path. exot.*, 1927, t. XX, 689.
Keevill. — *Tr. Roy. Soc. trop med. and Hyg.*, 1926, t. XX, p. 111.
Kellersberger. — *Ann. Soc. belge med. trop.*, 1927, t. VII, p. 273.
Kellersberger. — Cité par Pearce, *monographie*, p. 25.
King. — *Am. J. med. Sc.*, 1926, t. CLXXII, p. 51.
King. — Cité par Pearce, *monographie*, p. 28.
Laigret. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1925, t. XVIII, p. 775.
Laigret. — *Ann. Inst. Pasteur*, mars 1926, p 173.
Lauterburg. — *Arch. Schiffs. u. Tropen Hyg.*, 1929, t. XXXIII, p. 251.
Le Dantec. — *Précis de path. exot.*, p. 504.
Ledentu. — *Ann. Inst. Pasteur*, 1927, t. XLI, p. 982.
Ledentu et Vaucel. — *Ann. Inst. Pasteur*, 1927, t. XLI, p. 1200.
Ledentu et Vaucel. — *Bull. Soc. pat. exot.*, 1927, t. XX, p. 875.
Lefrou et Ouzilleau. — *Bull. Soc. path exot.*, 1922, t. XV, p. 802.
Leger. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1926, p. 271.
Letonturier, de Marquiessac et Jamot. — *Bull Soc. path. exot.*, 1924, t. XVII, p. 692.
Lillie. — *J. am med. Ass.*, sept. 1924, pp. 809 et 899.

Lopes. — *Ann. Soc. belge med. trop.*, 1927, 7, 293.
Lorenz, Lœvenhart, Bleckwenn et Hodges. — *J. am. med. Ass.*, 26 mai 1923, p. 1497.
Lorenz, Lœwenhart, Reitz et Eck. — *Am. J. med. Sc.*, août 1924, p. 157.
Maclean. — *Ann. Trop. Med. and Parasit.*, 1926, 20, p. 329.
Marugo. — *Ann. Soc. belge méd. trop.*, 1927, t. VII, p. 215.
Morgan. — *Am. J. med. Sc.*, 1924, t. CLXVII, p. 827.
Motais. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1926, p. 271.
Muraz. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1928, t. XXI, p. 141.
Neff. — *Wisconsin Med. J*, Milwaukee, août 1924, t. XXIV.
Neymann. — *J. am. med. Ass.*, sept. 1924, p. 898.
Parsons. — *U. S. Nav. Med. Bull*, mai 1925, t. XXII, p. 526.
Pearce. — *J. Exp. Med.*, 1er déc. 1921, t. XXXIV, suppl. n° 1, p. 1.
Pearce. — *Monogr. of the Rockefeller Inst.*, n° 23, 15 août 1930.
Pijper et Russel. — *South Africa Med. Rec.*, 24 avril 1926, t. XXIV, p. 169.
Read. — *J. am. med. Ass.*, sept. 1924, p. 898.
Rice. — Cité par Pearce, *monographie*, p. 29.
Schaller. — *J. am. med. Ass.*, sept. 1924, p. 896.
Sézary et Barbé. — *Bull. Soc. fr. de Dermat.*, 1932, n° 9, p. 1609.
Sicard et Haguenau. — *Annales de Méd.*, nov. 1927.
Sicé. — Communication personnelle.
Skoog. — *J. am. med. Ass.*, sept. 1924, p. 897.
Smith. — *Indiana State Med. Ass. J.*, 15 avril 1925, t. XVIII.
Solomon et Viets. — *J. am. med. Ass.*, 20 sept. 1924, p. 891.
Stokes. — *J. am. med. Ass.*, sept. 1924, p. 897.
Strada. — Cité par Pearce, *monographie*, p. 29.
Touraine, Fouet et Golé. — *Bull. Soc. fr. de Dermat.*, 1932, n° 9, p. 1611.
Trolli. — *Ann. Soc. belge med. trop.*, 1927, t. VII, p. 319.
Trolli. — *Bull. Off. Internat. Hyg publ.*, 1929, t. XXI, p. 285.
Vaucel. — *Ann. Méd. et Pharm. coloniales*, juil. 1929, p. 409.
Walravens. — *Compt.-rend. Soc. biol.*, 1926, 95, p 254.
Walravens. — *Bull. Acad. R. Belgique*, 1927, 7, p. 345.
Wile et Wieder. — *J. Am. Med. Ass.*, déc. 1924, p. 1824 et juin 1925, p. 1710.
Wille et Wallon. — *Ann. Soc. belge med. trop.*, 1927, 7, p. 311.
Woods et Moore. — *J. Am. Med. Ass*, juin 1924, p. 2105.
Young et Lœvenhart. — *J. pharm. and experim. thérap.*, 1924, t. XXIII, p. 107.

STOVARSOL

Baradjan, Zoukhenitch et Yakounère. — *Roussky Vestnik Dermat.*, n° 4, avril 1929.
Bender. — *Am. J. Med. Sc.*, déc. 1927.
Beurnier et Clapier. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1922, pp. 528 et 607 ; 1924, p. 94.
Blanchard et Lefrou. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1922, p. 797 et 1924, p. 214.
Van den Branden. — *Ann. Soc. belge méd. trop.*, juin 1925 et janv. 1926.
Clapier. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1922, p. 741.
Cossa. — *Soc. de méd. et de climat. de Nice*, n° 2, 1932, p. 12
Lacroix. — *Bull. Soc. franc. d'Opht.*, 1932, p. 388.

LEFROU. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1925, p. 661.
LEGER. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1923, p. 635.
MORGAN. — *China med. J.*, 1926, p. 1086.
NIDA. — *Bull. Soc. fr. d'Ophtalm.*, 1931, p. 557.
VAN NITSEN. — *Ann. Soc. belge med. trop.*, 1927, p. 177.
SÉZARY et BARBÉ. — *Bull. Soc. méd. hôpit.*, 11 nov. 1924, p. 1524.
SÉZARY et BARBÉ. — *Bull. Soc méd. Hôp.*, 1932, n° 10, p. 388.
SÉZARY et BARBÉ. — *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1932, n° 32, p. 1617.
SÉZARY et BARBÉ. — *Presse médicale*, 1926, n° 54.
TOULANT. — *Communication personnelle.*

ACÉTYLARSAN

VAN DEN BRANDEN. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1927, p. 218.
BUREAU. — *Bull. Soc. franç. de Dermat.*, 1932, n° 9, p. 1615.
DRACOULIDÈS et VEJIRTJIS. — *Soc. fr. dermat. et syphil.*, 1928, p. 334.
DUPUY-DUTEMPS. — *Bull. Soc. franç. d'Opht.*, 1932, p. 393.
JAME. — Communication personnelle.
LACAPÈRE. — *Ann. Mal. vénér*, mars 1926.
LAURENT. — *Ann. Mal. vénér.*, juill. 1923.
LEVANNIER. — *Thèse Paris*, 1932.
LOUSTE et GRIFFITHS — *Bull. Soc. dermat. et syphil.*, 1932, n° 7, p. 1237.
MAHOUX. — *Thèse Toulouse*, 1923-1924.
SÉZARY et BARBÉ. — *Bull. Soc. fr. de Dermat.*, 1932, n° 9, p. 1609.
SÉZARY et BARBÉ. — *Bull. Soc. méd. des Hôpit.*, 1932, n° 32, p. 1617.
TERRIEN. — *Arch. d'Ophtalm.*, 1929, p. 514.
TERSON. — *Bull. Soc. fr. d'Opht.*, 1932, p. 394,
TOULANT. — *Soc. d'ophtalm*, Paris, oct. 1930.
TOULANT. — Communication personnelle.
TOURAINE, FOUET et GOLÉ. — *Bull. Soc. fr. de Dermat.*, 1932, n° 9, p. 1611.
VELTER et OSTWALD. — *Soc. d'Ophtalm.*, Paris, oct. 1930.

AUTRES ARSENICAUX PENTAVALENTS

270 Fourneau (Orsanine).

VAN DEN BRANDEN. — *Ann. Soc. belge méd. trop.*, nov. 1927.
LEDENTU et DAUDE. — *Ann. Inst. Pasteur*, 1926, p. 830.
LEDENTU et VAUCEL. — *Ann. Inst. Pasteur*, 1927, p. 1232.
SICÉ. — L'*Hygiène sociale*, 10 fév. 1932, p. 1413.
SICÉ. — *Ann. Inst. Pasteur*, 1930, p. 221.
VAUCEL. — *Ann. Méd. et Pharm. coloniales*, 1929, p. 409.

Arsaminol.

SÉZARY et BARBÉ. — *Bull. Soc. méd. des Hôpit.*, 1932, n° 32, p. 1617.

Novatoxyl.

VAN DEN BRANDEN. — *Bull. Soc. path. exot.*, 1929, p. 431.

Ethasénol et proparsénol.

VAN DEN BRANDEN. — *Ann. Soc. belge méd. trop.*, 31 mars 1930.

ARSENIC MINÉRAL

BARTHÉLEMY. — *Thèse Montpellier*, 1889.
BROUARDEL. — *Arch méd. expérim. et anat. pathol.*, nov. 1895.
BROUARDEL. — *Thèse Paris*, 1897.
DANA. — *Brain*, vol. IX, 1887, p. 456.
DEMOURS. — *Traité des mal. des yeux*, t. III, Paris, 1818, p. 46.
DERBY. — *Boston med. Journ.*, t CXXIV, 18 juin 1891, p. 602.
DUBRANDY. — *Rapport sur l'affaire d'Hyères* ; voir Barthélemy.
LANCEREAUX. — *Gaz. des hôpit.*, 1896.
LIEBRECHT. — *Klin. Monatsb. f. Augenheilk.*, mai 1891, p. 181.
MARQUEZ. — *Cité par Dubrandy.*
MEISOWITZ. — *Journ. of nervous and mental dis.*, 1895, XX, p. 170.
REYNOLD, DELÉPINE, KERBY, etc. — *British medic. Journ*, 24 nov. 1er et 8 déc. 1900.
STACHOW. — *Zeitschr. f. staatsarzneikunde Jarhr.*, 13, 1833, p. 143.
SULZER. — *Soc franç. de Dermat. et de Syphil.*, 17 nov. 1910.
UHTHOFF. — *Rapport au XIIe Congrès internat. de méd.*, Paris, 1900 ; Section d'Ophtalm. ; traduct. Druault, p. 3.
WIDMARK. — *Hygiea*, Beilageheft, 1908, p. 6.
WILBRAND et SAENGER. — *Die Neurologie des Auges*, t. V, pp. 65 et 365.

TRAVAUX D'ENSEMBLE

BALTHAZARD. — *Arsénicisme, in* Roger, Widal et Teissier, fasc. VI, p. 142.
COUTELA. — *Arch. d'Ophtalm.*, janvier 1912.
DUFOUR et GONIN. — Maladies du n. optique, *in Encycl. fr. d'Opht.*, t. VII, p. 321.
FRANÇOIS. — *Arsénicisme, in Traité* Sergent, t. XXII, p. 94.
GRALL et CLARAC. — *Traité prat. de Path. exot.*, Art. Maladie du sommeil, fasc. VIII, p. 345
LACOMBE. — Réactions oculaires au cours du trait. antisyph., *Thèse Paris*, 1924.
DE LAPERSONNE et LÉRI. — *Acad. de Méd.*, 10 janvier 1911.
MARTIN et LEBŒUF. — *In* Grall et Clarac, fasc. III, p. 340.
MORAX. — Manif. ocul. dans les trypanosomiases, *Ann. d'Oculist*, 1906, p. 437 et 1908, p. 39.
MORAX. — Manifest. ocul. dans les trypanosomiases, *Ann. Inst. Pasteur*, 1907, p. 47.
SÉZARY. — L'arsenic pentavalent dans le traitement de la syphilis, *Le Monde médical*, 1932, n° 820, p. 1041.
SÉZARY ET BARBÉ. — La névrite optique de l'arsenic pentavalent est-elle évitable ? *Bull. Soc. franç. de Dermat.*, 1923, n° 9, p. 1609.
SÉZARY et DE FONT-RÉAULX. — La névrite optique de l'arsenic pentavalent, *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1932, n° 32, p. 1610.
SÉZARY et POMARET. — *Bull. Soc. méd. Hôp. Paris*, 1932, n° 13, p. 595.
TERRIEN. — Les lésions du n. optique dans les méningites, *La Médecine*, janv. 1921.
TERRIEN. — Névrites rétro-bulbaires et amblyopie toxique, *Progr. méd.*, 14 sept. 1929.
TERRIEN. — Des complic. ocul. après emploi des arsénobenzols, *Arch. d'Opht.*, 46, p. 513.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en janvier 1933.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Recommandations concernant les séro-réactions, par MŒRCH. *Annales des Maladies Vénériennes,* 27e année, no 12, décembre 1932, p. 885.

Ce remarquable rapport, rédigé par Moerch et présenté par un Comité composé du Prof. J. Jadassohn, de Breslau, du Prof. H. Gougerot, de Paris, du Colonel E. W. Harisson, de Londres, est extrait du *Bulletin trimestriel de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations.* Il ne saurait être analysé. Il classe par ordre de spécificité les différentes méthodes, il met en lumière la valeur des nouvelles méthodes de floculation par rapport aux modifications de la réaction de Bordet-Wassermann. Il donne une série de recommandations dont l'importance pratique est considérable. H. RABEAU.

Conceptions nouvelles sur le rétrécissement du rectum. Un rétrécissement du rectum vraiment syphilitique (cicatriciel), par C. BELGODERE. *Annales des Maladies Vénériennes,* 27e année, no 12, décembre 1932, p. 903.

A propos d'une observation personnelle de rétrécissement du rectum dont l'étiologie syphilitique semble bien établie, tant par les signes cliniques que par l'efficacité rapide du traitement spécifique, B. donne une étude d'ensemble des divers travaux publiés dans ces dernières années et qui ont permis de préciser dans de nombreux cas l'étiologie de ces rétrécissements ano-rectaux. H. RABEAU.

Blennorragie gonococcique et non gonococcique, par G. FRANCK. *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 1, janvier 1933, p. 6.

F. publie 9 observations tendant à établir la pluralité des germes gonococciques et l'existence de porteurs et porteuses de gonocoques saprophytiques sans symptômes cliniques. Certains de ces germes diffèrent morphologiquement du gonocoque, mais sont cependant des gonocoques ainsi que le prouvent les cultures, cultures qui, grâce à des milieux appropriés, sont moins difficiles à obtenir qu'autrefois. Dans les cultures soi-disant banales, on peut trouver des gonocoques Gram

négatif. La gono-réaction n'a aucune valeur si l'on se trouve en présence de porteurs ou de porteuses de gonocoques. L'auteur estime qu'il est trop tôt pour lui attribuer la valeur que beaucoup lui reconnaissent. La diathermie ne lui semble supérieure à aucune des méthodes préconisées à ce jour. Elle est responsable de nombre de pseudo-guérisons, on peut s'en convaincre en essayant ensuite de dépister les porteurs de gonocoques. H. Rabeau.

Contribution à la question de l'abolitionnisme, par V. Zaroubine. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, no 1, janvier 1933, p. 11.

La conclusion du bon sens, dit-il, peut être ainsi formulée : si l'abolitionnisme, au lieu de n'être qu'un système dont la théorie est séduisante, n'était pas une utopie, mais au contraire se montrait en pratique comme une mesure rationnelle et bienfaisante répondant aux intérêts quotidiens de la santé sociale d'un État et présentait de réels avantages sur le système de la réglementation, réduite maintenant à l'ostracisme, il serait tout naturel que cet abolitionnisme, chaudement accueilli par les savants les plus réputés, soit depuis longtemps et partout un fait accompli. H. Rabeau.

Le graphique syphilitique comme guide de la thérapeutique, par A. Vernes. *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 1, janvier 1933, p. 29.

V. insiste à nouveau sur l'importance qu'il y a, pour observer un mouvement, d'en enregistrer les variations quantitatives dans le temps au moyen d'un instrument capable de fournir à chaque prélèvement le chiffre donnant le point de passage de la courbe d'activité.

H. Rabeau.

Action variée des médicaments spécifiques sur les diverses réactions sérologiques de la syphilis, par R. Demanche. *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 1, janvier 1933, p. 32.

Lorsqu'on explore périodiquement l'état du sérum d'un syphilitique en traitement au moyen de plusieurs méthodes comportant des techniques différentes, hémolyse et floculation, et aussi des antigènes différents, on constate que les réactions n'évoluent pas de façon identique. Il est donc indispensable d'utiliser toujours plusieurs méthodes comportant à la fois des réactions d'hémolyse et de floculation. Parmi les méthodes de floculation, celles de Vernes et de Kahn, pour des motifs opposés, se complètent utilement. La première, à cause de son extrême sensibilité aux influences thérapeutiques, par son caractère essentiellement quantitatif, et par l'étendue de son échelle permet de juger de l'activité d'un médicament au début et de guider dans son choix ; la réaction de Kahn, au contraire, par sa longue résistance au traitement est, par excellence, la réaction de surveillance de la syphilis latente.

H. Rabeau.

Chancre mou papuleux chez un malade indemne de syphilis, par Gougerot et Cohen. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, no 1, janvier 1933, p. 42.

Observation intéressante d'un malade présentant en deux points voisins une chancrelle typique et une chancrelle papuleuse. Aucun signe de spécificité acquise ou héréditaire n'a pu être retrouvé. Encore qu'ils soient rares, il existe des chancres mous papuleux sans syphilis.

H. Rabeau.

Archives de l'Institut Prophylactique (Paris).

Un cas de paralysie générale traité par la tryparsamide, par L. Gerbaux. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. IV, no 4, 4e trimestre 1932.

Il est classique d'admettre qu'il faut se garder d'administrer ce médicament lorsque le fond d'œil est lésé. Chez cette malade, malgré l'atrophie blanche du nerf optique gauche, en raison de l'état mental grave, le traitement fut entrepris, et en même temps qu'il agissait remarquablement sur les signes cliniques et sérologiques, il amena aussi du côté de la vue une amélioration notable. H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

L'hypothermie dans la syphilis héréditaire du nourrisson, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, no 12, décembre 1932, pp. 579-586.

4 observations d'hypothermie continue, 36° ou 36°5 ou intermittente (matutinale au-dessous de 36°), curable par un traitement spécifique très prolongé chez des hérédo-syphilitiques indiscutables.

Indépendant de la croissance pondérale du sujet, ce symptôme paraît lié à des troubles hépatiques. A. Bocage.

Hypothermie et syphilis acquise, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, no 12, décembre 1932, pp. 587-590.

Deux observations dont l'une, très détaillée, concerne une jeune femme pâle, anémique, hypothermique, ne supportant pas le novarsénobenzol. Après traitement par le cyanure et opothérapie hépatique, elle put supporter le novarsénobenzol et son hypothermie disparut alors.

A. Bocage.

Photothérapie de la furonculose, par J. Meyer. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, no 12, décembre 1932, pp. 604-615.

Relèvent de cette méthode les furonculoses généralisées chroniques rebelles, les furonculoses régionales à répétition, les furonculoses toutes récentes des sujets fatigués.

Dans les formes régionales, après une mesure de la sensibilité de la peau (test sensitométrique de Saidman), 4 à 8 séances à 1 ou 2 jours

d'intervalle, sont faites avec la lampe à arc polymétallique sans dépasser la dose d'érythème du second degré.

Les furoncles existants traités par des substances non irritantes (ichtyol, eau d'Alibour) évoluent normalement, mais toute folliculite nouvelle cesse d'apparaître après 2 à 3 semaines.

Dans les furonculoses sévères, 6 à 10 irradiations générales à l'arc polymétallique en évitant tout érythème pénible sont utiles : durée totale, 2 à 3 semaines, effet préventif pendant 2 ou 3 mois.

L'irradiation locale des furoncles est moins intéressante, car si elle accélère l'évolution de 48 heures, elle est douloureuse, ne pouvant donner de résultat qu'au prix d'un érythème intense avec vive congestion autour du bourbillon. L'auteur préfère l'actinocautère concentrant la lumière sur le furoncle. 6 à 10 minutes d'irradiation effective entrecoupée de courtes pauses quand apparaît la sensation de brûlure (arc de 15 ampères, lentille de quartz à 10 centimètres).

Particulièrement utile à la région lombaire ou au bras, la photothérapie doit être maniée prudemment à la lèvre supérieure, à l'aisselle (résultats lents), elle est peu efficace à la région sourcilière, sans effet sur l'acné furonculeuse de la nuque, inapplicable en cas d'eczéma ou d'érythrodermie compliquée de furoncles, dangereuse à forte dose au début des gros anthrax évolutifs avec escarre.

Des considérations générales sur le mode d'action de la photothérapie et un index bibliographique complètent ce travail, qui résume l'expérience personnelle de l'auteur dans 150 cas traités par sa méthode.

A. Bocage.

Archives de Médecine des Enfants (Paris).

Le pronostic éloigné de l'érythème noueux, par E. Lesné, Y. Boquien et P. Guillain. *Archives de Médecine des Enfants*, t. XXXVI, nº 1, janvier 1933, pp. 21-30, 8 fig.

Statistique de 39 cas, presque tous chez l'enfant, surtout de 5 à 10 ans.

Dans près de la moitié des cas, tuberculose évolutive chez les ascendants ou dans l'entourage immédiat. A noter la fréquence de lésions à type d'acrocyanose et d'érythrocyanose sus-malléolaire, et la constance de lésions pulmonaires très analogues à celles de la tuberculose de primo-infection de l'enfance : lésions parenchymateuses avec réaction ganglionnaire au hile, visibles à la radioscopie, mais le plus souvent cliniquement muettes. Les réactions pleuro-pulmonaires nettes sont plus rares (7 o/o).

Pendant la maladie, cuti-réaction de type phylcténulaire constante, qui reprend à la guérison le type papuleux banal ; de même que la réaction de Vernes à la résorcine baisse entre 15 et 30 à la convalescence. Sur 22 sujets suivis après guérison, 3 cas de kératite phlycténulaire et

3 cas de lésions pulmonaires, survenues précocement et bien plus fréquentes chez les adultes, mais ayant toutes guéri complètement.

A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

La pyrétothérapie dans la syphilis expérimentale. Son association avec la chimiothérapie, par Ch. Richet fils et J. Dublineau. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 96e année, 3e série, t. CVIII, no 40, 27 décembre 1932, pp. 1682-1686.

Expérimentation avec le tréponème souche Truffi.

In vitro, perte de la virulence après 30 minutes de séjour à 41°.

In vivo, les lapins syphilitiques, séjournant dans un bain chaud tel que leur température rectale atteigne 41°5 à 42°5 pendant 15 à 20 minutes, ont guéri dans 3 cas sur 5.

L'adjonction d'arsénothérapie à dose infracurative (9 milligrammes de 914 par kilogramme) à cette pyrétothérapie, a amené la guérison complète de la syphilis dans 4 cas sur 4. A. Bocage.

La structure endocrinienne de certains mélanomes, par P. Masson. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 97e année, 3e série, t. CIX, n0 1, 3 janvier 1933, pp. 19-22.

Le mélanoblaste tumoral se comporte comme une cellule glandulaire ; son produit de sécrétion, insoluble, est immédiatement phagocyté par les histiocytes (cytocrinie). A. Bocage.

La structure endocrinienne de certains mélanomes et son intérêt pratique, par P. Masson. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 97e année, 3e série, t. CIX, n0 1, 3 janvier 1933, pp. 22-25.

Deux observations détaillées de mélanomes achromiques généralisés dont la nature fut révélée par leur structure « endocrinienne » sur les coupes histologiques. A. Bocage.

Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel (Paris).

La glossodynie, algie sympathique, par Clément Simon. *Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel,* 4e année, no 6, novembre 1932, pp. 424-426.

Courte et claire revue générale avec un document histologique personnel (par places abrasion de la couche superficielle au sommet des papilles, avec des foyers microscopiques de leucoplasie). L'auteur en fait une algie sympathique et montre l'importance d'une psychothérapie bien conduite. A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Valeur pratique de la gonoréaction. Son interprétation, par Max Cannoz. *Bulletin Médical*, 47e année, n° 1, 7 janvier 1933, p. 8.

La gonoréaction correctement pratiquée avec un bon antigène suivant la méthode de Calmette et Massol, a une valeur pratique considérable. 94 o/o, 96 o/o de réactions positives dans la blennorragie après la 3e semaine. Cette réaction sera d'un précieux secours dans les cas de diagnostic difficile et particulièrement dans les rhumatismes.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Cancer de la base de la langue avec adénopathie sous-maxillaire. Guérison apparente par la radiothérapie et la pyothérapie pyoforminée, par H. Dufour et Cottenot. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 48e année, n° 33, 26 décembre 1932.

Tumeur de la base de la langue du volume d'une amande verte, érodée, avec adénopathie sous-angulo-maxillaire, du volume d'une grosse noix, chez un ancien syphilitique peu hypertendu, avec leucoplasie linguale et aortite. La biopsie montre un épithélioma épidermique spécial : cordons et anses pénétrés par des fusées conjonctives ; prédominance très marquée de cellules indifférenciées, embryonnaires, au milieu desquelles on trouve un certain nombre de globes épidermiques ; mitoses très nombreuses. Il s'agit d'un type de tumeur très radio-sensible. Le malade reçut, en juin 1932, 2 séances de radiothérapie et une injection journalière de pyoformine. Au 2 décembre, tumeurs et adénopathie ont complètement disparu. Les auteurs insistent sur la rapidité d'évolution de ce cancer sous l'influence de ce traitement.

H. Rabeau.

Xanthélasma éruptif généralisé non diabétique chez un albuminurique, par E. Schulmann et S. Levy-Coblenz. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, n° 1, 28 janvier 1933, p. 15.

Belle observation d'un xanthélasma éruptif généralisé survenu en trois semaines chez un malade non diabétique, non ictérique, mais albuminurique. La glycémie est à 1,02, le cholestérol à 3,28, le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ normal. Un régime pauvre en cholestérol a suffi pour faire baisser la cholestérolémie et amener l'affaissement de l'éruption xanthélasmique.

H. Rabeau.

Erythème noueux et syphilis secondaire, par M. Duvoir, L. Pollet et J. Bernard. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, n° 2, 30 janvier 1933, p. 42.

Les auteurs apportent au début une observation intéressante d'un érythème noueux typique, au cours de l'évolution duquel apparut une éruption de syphilis secondaire. Ils soulignent le remarquable synchronisme des deux éruptions, l'allure classique de l'érythème noueux qui évolua vers la guérison avant l'institution du traitement arsenical. Ils inclinent à faire jouer un rôle à la syphilis dans la genèse de cet érythème, sans qu'on puisse déduire que la syphilis ait été la cause déterminante de l'érythème noueux ; son rôle a pu se limiter à une action déclenchante, à une sorte d'activation du virus de l'érythème noueux.

H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Le traitement des anthrax et furoncles par le bactériophage, par PETIT DE LA VILLÉON. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 137e année, no 3, séance du 28 janvier 1933, p. 68.

L'auteur insiste à nouveau sur l'intérêt qu'il y a à utiliser régulièrement le bactériophage dans le traitement des anthrax et furoncles, emploi dont il a toujours obtenu des résultats merveilleux. Il injecte chaque jour en plein foyer avec une aiguille mousse le bactériophage, mais déconseille les injections sous-cutanées ou intraveineuses.

H. RABEAU.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Le sang des souris atteintes de tréponémose cliniquement inapparente contient-il le virus syphilitique? par C. LEVADITI et N. CONSTANTINESCO. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXI, no 40, 6 janvier 1933, pp. 967-969.

Alors que les ganglions lymphatiques périphériques et le névraxe des souris inoculées de virus syphilitique sont virulents, le sang de ces animaux n'est jamais infectant entre le 7e et le 139e jour.

A. BOCAGE.

Recherches sur l'hémoculture du bacille tuberculeux dans la tuberculose cutanée par la méthode de Lœwenstein, par ST. LEGEZYNSKI et ST. OSTROWSKI. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXI, no 40, 6 janvier 1933, pp. 1023-1024.

Dans un tiers des cas environ, les auteurs mirent en évidence des bacilles acido-résistants par râclage de tubes où il n'existait pas de colonies visibles. Ces résultats furent variables pour un même échantillon de sang ensemencé sur plusieurs tubes, et un résultat positif observé sur un tube de milieu de Lœwenstein non ensemencé.

Il est probable que le fait de ne pas dépasser 80° lors de la stérilisation du milieu, permet à des bacilles présents dans un des composants de persister à l'état vivant sous la surface du milieu.

A. BOCAGE.

Sur quelques troubles du métabolisme chez les femmes atteintes d'hypertrichose, par C. I. Urechia et A. Retezeanu. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXI, nº 40, 6 janvier 1933, pp. 1111-1112.

Les auteurs ont étudié la glycémie, la cholestérinémie, la calcémie, les sulfates, le soufre oxydé et le phosphore et ont constaté assez souvent des troubles du métabolisme des hydrates de carbone et du calcium. A. Bocage.

Transmission en série de la tréponémose cliniquement inapparente de la souris, par C. Levaditi et N. Constantinesco. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, nº 1, 13 janvier 1933, pp. 46-48.

La transmission par l'inoculation des ganglions lymphatiques et de la rate s'arrête assez rapidement par auto-stérilisation au 2ᵉ ou 3ᵉ passage, alors que chez le lapin la transmission en série indéfinie est possible. A. Bocage.

Réceptivité du chat à l'égard du virus lymphogranulomateux. Neuro-infection auto-stérilisable, par C. Levaditi, P. Ravaut, A. Vaisman et R. Schœn. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, nº 1, 13 janvier 1933, pp. 48-50.

Le jeune chat est susceptible de contracter une méningo-encéphalite lymphogranulomateuse après inoculation intracrânienne du virus de la maladie de Nicolas-Favre entretenu sur le singe ; la maladie peut prendre l'aspect d'une méningite mortelle ou être cliniquement inapparente. Toutefois, les passages de cerveau à cerveau s'arrêtent par auto-stérilisation de la maladie. A. Bocage.

A propos d'une réaction de fixation au sérum actif, par Mlle A. Levit. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, nº 1, 13 janvier 1933, pp. 16-17.

Employant la réaction de Tsu modifiée par Dujarric de la Rivière, l'auteur, sur 400 sérums examinés, en a trouvé 139 positifs contre 141 et 142 avec les méthodes de Levaditi et de Wassermann, divergence insignifiante, étant donné la rapidité et la simplicité de cette méthode.
A. Bocage.

Résultats comparatifs de la réaction de Bordet-Wassermann classique et de la réaction de Mutermilch, par S. Bratiano, V. Davidesco et E. Bano. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, nº 1, 13 janvier 1933, pp. 97-98.

En mettant 0 cc. 1 de globules de moutons au lieu de 0 cc. 2 pour les sérums qui n'hémolysent pas cette dose, on trouve 998 o/oo de sérums utilisables pour la réaction de Mutermilch (au sérum frais). Les résultats sont alors en parfait accord avec ceux du Wassermann classique, donnant même 9 o/o de résultats plus précocement ou plus fortement positifs dans la syphilis primaire, résultats plus fortement positifs en période secondaire, et plus nets en période tertiaire.
A. Bocage.

Le coefficient de Maillard au cours des traitements antisyphilitiques par l'hydroxyde de bismuth et le cyanure de mercure, par J. Gaté, P. J. Michel et M. Charpenel. *Comptes Rendus de de Société de Biologie*, t. CXII, n° 2, 20 janvier 1933, pp. 181-182.

Dans l'ensemble, élévation très sensible du coefficient vers la 4e ou 5e injection ; ensuite tantôt retour vers la normale, tantôt nouvelle élévation jusque vers la 8e-9e injection (2 par semaine de Bi, ou 3 de cyanure).

Élévation peu importante du coefficient (3 unités) qui, à la fin du traitement, revient à la normale.

Ces constatations confirment la notion clinique de l'innocuité de ces médicaments pour le foie. A. Bocage.

Syphilis et néoplasme, par C. Levaditi et N. Constantinesco. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, n° 3, 27 janvier 1933, pp. 286-288.

Le lymphadénome greffé sous la peau des souris syphilisées expérimentalement, bien que ne contenant pas de tréponèmes apparents, devient virulent pour le lapin. Greffé à d'autres souris, il leur confère une syphilis occulte se traduisant par la virulence du système lymphatique périphérique et la présence de tréponèmes dans le tissu lymphoïde.

La contamination de la souris est indépendante du succès de la greffe tumorale.

La transmission de l'infection par le lymphadénome s'est arrêtée au 2e passage. A. Bocage.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques (Paris).

L'eczéma du pied dû à l'épidermophyton interdigitale (observation de 97 étudiants), par Svend Lomholht. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. CIV, cah. 1, art. 30.500, 10 janvier 1933.

L'épidermophytie interdigitale est apparue au Danemark depuis quelques années avec une violence et une fréquence qui contrastent avec la rareté des autres infections mycosiques. Sur 97 étudiants : 1° 39 ne présentaient aucune lésion, cultures négatives sauf dans 4 cas une monilia, intradermo-réaction à la trichophytine dans 33 cas, subpositive dans 3, positive dans 3 autres (pour 2 il s'agissait de malades autrefois infectés) ; 2° 18 cas avec squames sèches sans inflammation, sans prurit ; cultures : épidermophyton 5 cas, levures 6 cas. Intradermo-réaction positive dans 6 cas, pour 3 d'entre eux on note une mycose ; 3° 25 cas avec érythème et suintement, dans 7 on trouve un épidermophyton, dans 8 des levures : 12 ont une intradermo-réaction positive ; 4° 15 cas avec eczéma suintant extensif : dans 12 cas on trouve des champignons et dans 9 cas des levures. L'intradermo-réaction est positive dans tous les cas. L'auteur n'a pas observé d'épidermophytides. Dans un cas, il a observé une onychose. Il insiste sur la difficulté du traitement tant préventif que curatif. H. Rabeau.

Les streptcoccies cutanées, par Desaux. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* t. CIV, cah. 1, art. 30.581, 10 janvier 1933.

Dans cette excellente revue générale, D. envisage successivement les divers types de streptococcie cutanée primitive, les éruptions secondes, l'impétiginisation, et pour chacune d'elles précise le diagnostic et le traitement. H. Rabeau.

Du traitement de l'acné par la lumière, par L. Marceron. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* t. CIV, cah. 1, art. 30.502, 10 janvier 1933.

L'actinothérapie ne saurait être considérée comme un traitement spécifique des acnés. Cependant, elle est formellement indiquée et peut constituer tout le traitement dans les cas où les lésions sont peu profondes sans tendance à la télangiectasie chez des sujets jeunes à peau non épaissie. Par contre, elle est contre-indiquée dans les cas d'acnés anciennes avec cicatrices multiples, dans les acnés nécrotiques, les acnés chéloïdiennes, les acnés rosacées. Mais elle reste un traitement adjuvant dans de nombreux cas. H. Rabeau.

Diagnostic et traitement des actinomycoses cervico faciales, par Dechaume. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* t. CIV, cah. 1, art. 30.503. 10 janvier 1933.

Revue générale sur les divers aspects de l'actinomycose cervico-faciale, qu'il faut rechercher systématiquement dans toute inflammation aiguë, subaiguë ou chronique, fistulisée ou non, qui n'a pas fait la preuve de son origine. Le diagnostic repose surtout sur les examens de laboratoire. Le traitement sera médical : local et général, parfois chirurgical. La radiothérapie, préconisée en France par Gougerot, a donné à D. d'excellents résultats. H. Rabeau.

Presse Médicale (Paris).

La réaction de floculation de Vernes à la résorcine ; son application au diagnostic sérologique précoce de la syphilis, par L. Van der Meiren. *Presse Médicale,* 41e année, no 2, 7 janvier 1933, p. 29, 5 fig.

On a coutume de parler de période présérologique de la syphilis, et de différencier, au point de vue thérapeutique, les malades que l'on traite à la période humorale ou préhumorale. Les recherches de l'auteur par la floculation à la résorcine montrent qu'il existe une perturbation sanguine précoce, éphémère, du sérum syphilitique aux premiers jours de l'infection. Le sérum se montre surfloculant en présence d'une solution de résorcine, cette propriété va en croissant puis s'éteint. Elle avait disparu au moment où les réactions de Hecht-Bauer et de Bordet-Wassermann devinrent positives. Ces constatations sont, on le voit, d'un gros intérêt diagnostique et thérapeutique. H. Rabeau.

Le traitement des angiomes cutanés par le radium, par Simone Laborde. *Presse Médicale,* 41e année, no 5, 18 janvier 1933, p. 103.

Dans cette note pratique, on trouve minutieusement décrite la technique de l'application du radium dans le traitement des angiomes tubéreux dont il est le traitement de choix. Il donne les résultats esthétiques les meilleurs et peut être utilisé pendant la période d'évolution de la tumeur vasculaire. Pour les nævi plans, la cryothérapie et surtout l'actinothérapie sont les meilleurs modes de traitement.

H. Rabeau.

Le rôle de l'allergie cutanée dans la pathogénie de l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse arsenicale, par A. Sézary et G. Mauric. *Presse Médicale*, 41e année, no 6, 21 janvier 1933, p. 115.

Les auteurs ont observé récemment 7 cas d'érythrodermie vésiculo-œdémateuse ; ils ont pratiqué chez ces malades la cuti-réaction, l'intradermo-réaction, l'épidermo-réaction, la réaction de Prausnitz-Kütsner et ses variantes, la réaction de Kœnigstein-Urbach. Ils résument dans un tableau le résultat de leurs différents tests biologiques. L'intradermo-réaction est, dans la règle, positive chez les malades dont l'érythrodermie est guérie depuis quelques semaines, le plus souvent négative lorsqu'on la pratique avant cette date, montrant une phase d'anergie cutanée temporaire importante à connaître. L'épidermo-réaction donne grossièrement les mêmes résultats. Les autres réactions sont négatives. A la lumière de leurs recherches, ils discutent les diverses pathogénies de cette érythrodermie. Dans sa thèse faite sous la direction de Milian, Garnier ne retenait comme facteurs possibles que l'intoxication ou l'anaphylaxie ; les auteurs ajoutent à ces deux éléments l'allergie tissulaire, réaction cellulaire qu'ils opposent à l'anaphylaxie, phénomène d'intolérance humorale.

H. Rabeau.

Sciences et thérapeutique (Paris).

Le foie et le traitement de la syphilis. L'opothérapie hépatique, par P. Blum. *Sciences et thérapeutique*, 3e année, no 13, 1er janvier 1933, pp. 1-7.

Revue générale où l'auteur insiste, après Villaret, sur les avantages des extraits aqueux pour l'opothérapie hépatique.

A. Bocage.

L'interruption prématurée du traitement antisyphilitique (A propos d'un travail américain), par R. Cohen. *Sciences et thérapeutique*, 3e année, no 13, 1er janvier 1933, pp. 7-10.

Commentaire du travail de Stokes qui attribue un quart des interruptions de traitement à des raisons pécuniaires, et un cinquième à un manque d'entente entre le malade et le personnel médical, et seulement un neuvième à la lassitude ou au manque d'intelligence. A noter que les tentatives de coercition policière ramènent deux fois moins de malades que la persuasion par les visiteuses sociales à domicile.

A. Bocage.

Epilepsie et hérédo-syphilis, par A. Linossier-Ardoin. *Sciences et thérapeutique*, 3e année, no 13, 1er janvier 1933, pp. 13-18.

Sur 33 épileptiques, l'auteur trouve 18 cas d'hérédo-syphilis (54,5 o/o) dont 4 avec Bordet-Wassermann positif, mais cela dans une consultation spéciale d'hérédo-syphilis.

Ces malades ont donné 11 guérisons par le traitement. Le traitement devra être prudent, de préférence bismuth ou mercure, associé à un sédatif (gardénal). Les meilleurs résultats sont donnés par les traitements très précoces.

A. Bocage.

Lyon Médical.

Urticaire par le froid chez un sujet présentant une anidrose totale, par L. Bonnet. *Lyon Médical*, t. CLI, 65e année, 8 janvier 1933, p. 29 et 15 janvier 1933, p. 62.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade qui présentait, sous l'influence du froid, une urticaire d'emblée généralisée, parfois accompagnée d'œdème des pieds, des mains et de la face. En outre, on notait une anidrose complète ; non seulement on ne voyait aucune sudation spontanée, mais on ne pouvait pas en provoquer : les bains de vapeur et les injections de pilocarpine restaient sans effet.

B. passe en revue les diverses pathogénies possibles pouvant expliquer ces troubles et leur coexistence ; il ne prend pas nettement position.

Jean Lacassagne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Contribution à l'étude d'une chimie physiologique et pathologique de la peau. IXe communication. Cholestérinose extra cellulaire (Beitræge zu einer physiologischen und pathologischen Chemie der Haut. IX Mitteilung. Extracellulære Cholesterinose), par E. Urbach, E. Epstein et K. Lorenz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 243, 12 fig.

Les auteurs donnent une description clinique, histologique et chimique d'une maladie nouvelle du groupe des lipoïdoses, qu'ils dénomment d'après ses symptômes « Cholestérinose extra-cellulaire ». La maladie se distingue cliniquement par l'apparition, par poussées, sur la peau et les muqueuses de nodules et de nodosités de teinte rouge à brun foncé. Une rate très augmentée de volume et les résultats pathologiques des épreuves de la fonction du foie font supposer une généralisation du processus. L'histologie montre des lésions importantes de l'endothélium vasculaire, une destruction très prononcée des cellules et des noyaux dans le derme et surtout une infiltration graisseuse des parois vasculaires et du derme au voisinage des vaisseaux. Absence totale de cellules écumeuses. L'examen chimique relève une augmentation énorme de cholestérine dans les nodules cutanés avec augmentation de la cholestérine libre.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude d'une chimie physiologique et pathologique de la peau. Xe communication. Une nouvelle dermatose diabétique du métabolisme basal : nécrobiose lipoïde diabtéique (Beitræge zu einer physiologischen und pathologischen Chemie der Haut. X Mitteilung. Eine neue diabetische Stoffwechseldermatose : Nekrobiosis lipoidica diabeticorum). par Erich Urbach. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 273, 8 fig.

Description d'une nouvelle dermatose du métabolisme basal chez une diabétique, dermatose caractérisée par l'imbibition d'un tissu primitivement nécrotique par des lipoïdes. Il s'agit d'une femme de 44 ans, diabétique, atteinte de lésions sous forme de plaques nettement limitées, à bords irréguliers, d'une teinte bleu-violet à la périphérie, jaune au centre, très dures, pas douloureuses. L'épiderme est très aminci au-dessus des foyers, parcouru de nombreuses télangiectasies et recouvert de squames. Pas d'adénopathie. L'histologie montra une nécrose du tissu conjonctif avec imbibition de graisse. L'auteur recommande pour le traitement de cette « Nécrobiose lipoïdique diabétique » une nourriture très pauvre en graisse, assez riche en hydrates de carbone et l'emploi de l'insuline. Olga Eliascheff.

Verrue sénile et kératome sénile (Verruca senilis et keratoma senile), par Montgomery, Hamilton et Julius Dœrffel. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 286, 7 fig.

Descriptions clinique et histologique de la verrue sénile et du kératome sénile avec bibliographie. Les auteurs considèrent avec Freudenthal ces deux lésions comme tout à fait différentes. La verrue sénile est, d'après les auteurs, un nævus épithélial tardif qui se transforme très rarement en carcinome après un traumatisme ou une irritation chronique.

Le kératome sénile est, au contraire, une dermatose précancéreuse, il se transforme fréquemment en un épithélioma spino-cellulaire, souvent avec une kératinisation cellulaire individuelle. Il peut prendre histologiquement l'aspect de la maladie de Bowen.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'histologie des glandes endocrines et des tumeurs dans le Xeroderma pigmentosum. Heliodermatrophia blastomatogenes (Beitræge zur Histologie der endokrinen Drüsen und der Geschwulste bei Xeroderma pigmentosum. Heliodermatrophia blastomatogenes), par Jeno Follmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 297, 12 fig.

Étude sur le *xeroderma pigmentosum* avec description clinique et histologique d'un cas observé pendant 5 ans et demi. Le malade présenta des tumeurs multiples de la face, épithéliomas baso-cellulaires, spino-cellulaires, une corne cutanée, un épithélioma calcifié, par places avec ossification incomplète, considéré par l'auteur comme une malformation, un hamartome dans le sens d'Albrecht. A côté de ces tumeurs

se trouvait sur une jambe une tumeur de teinte rose-rouge du volume d'une noisette, histologiquement il s'agissait d'un carcino-sarcome à cellules polymorphes présentant quelques particularités, premier cas constaté à côté d'épithéliomas multiples dans le *xeroderma pigmentosum*. L'autopsie montra des lésions du système endocrinien (thymus, thyroïde, surrénale, testicule), lésions en partie subinvolutives, en partie hypoplasiques ou atrophiques. L'auteur propose pour le *xeroderma pigmentosum* la dénomination *Heliodermatrophia blastomatogenes*.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude histologique du syringocystadenoma papilliferum. (Zur Kenntnis der Histologie des Syringocystadenoma papilliferum), par C. Cardenal. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 315, 2 fig.

Description clinique et histologique de deux cas de *syringocystadenoma papilliferum*, dont un tout à fait spécial par sa structure histologique. Il s'agit dans les deux cas de tumeurs sudoripares sans métastases, avec infiltrat lymphocytaire, plus prononcé dans le second cas, et avec un grand nombre de plasmocytes. Remarquables sont, dans le second cas, les centres germinatifs dans les nodules lymphocytaires.

Olga Eliascheff.

Sur un cas de sclérodermie circonscrite avec ulcérations (Ueber einen Fall circumscripter Sklerodermie mit Ulcerationen), par Welly Pick. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 319, 2 fig.

Examen dermatologique, général et neurologique d'un cas de sclérodermie typique en plaques, à foyers multiples, de l'extrémité inférieure chez une femme âgée de 60 ans, suivie d'ulcères torpides dans plusieurs foyers sclérodermiques. L'examen montra une achylie complète avec absence totale de pepsine, une anémie, avec hyperpigmentation de la peau sans symptômes d'une vraie anémie pernicieuse. A côté de ces troubles existe une hyperesthésie dans certaines parties du corps, attribuée à une lésion de la queue de la moelle épinière. On tente d'expliquer cet état pathologique de deux façons : 1° l'achylie provoqua l'anémie, celle-ci les lésions de dégénérescence de la moelle épinière, lesquelles furent, d'après la théorie nerveuse de la sclérodermie, la cause de cette dernière ; ou 2° la sclérodermie, après avoir atteint primitivement la muqueuse stomacale, provoqua l'achylie, dont l'anémie fut le résultat.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude des variations saisonnières des maladies. IIe communication. Les variations saisonnières de la sensibilité cutanée non spécifique dans l'eczéma et dans les maladies analogues (Zur Frage der jahreszeitlichen Schwankungen der Krankheiten. II. Mitteilung : Die saisomaessigen Schwankungen der unspezifischen Empfindlichkeit der Haut bei Eczemen und verwandten Krankheiten), par R. L. Mayer et S. Cajkovac. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 235, 4 fig.

Recherches sur les variations saisonnières de la sensibilité cutanée dans l'eczéma, le lichen de Vidal et dans le prurigo de Hebra. Les résultats furent les suivants : la sensibilité générale non spécifique de la peau varie chez les eczémateux, dans le lichen de Vidal et dans le prurigo d'après les saisons ; elle atteint son acmé au printemps et en automne. Cette courbe régulière de la sensibilité cutanée est moins nette dans les autres dermatoses et dans les maladies vénériennes. Il existe, en outre, un acmé estival très prononcé dans le groupe du lichen de Vidal et le prurigo de Hebra ; ce dernier groupe se distingue en outre du groupe eczéma par le moins grand nombre des sensibilisés polyvalents.

Olga Eliascheff.

Sur l'éléphantiasis du pavillon de l'oreille (Ueber Elephantiasis der Ohrmuschel), par L. Hœrbst et H. O. Loos. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 342, 5 fig.

Descriptions clinique et histologique de plusieurs cas d'éléphantiasis du pavillon de l'oreille avec discussion sur son étiologie. L'auteur divise le soi-disant éléphantiasis du pavillon de l'oreille en deux groupes : l'éléphantiasis vrai produit par une stase lymphatique et une prolifération du tissu conjonctif ; il débute à tout âge et est cliniquement caractérisé par l'augmentation du pavillon de l'oreille et souvent par des nodules fibreux dans le voisinage de l'orifice externe. L'histologie montre la structure typique de l'éléphantiasis et cette lésion est provoquée par le traumatisme, l'érysipèle ou par une autre infection, par l'eczéma et peut-être aussi par le froid.

Le second groupe ne doit pas être dénommé éléphantiasis, l'augmentation du pavillon de l'oreille est ici produite par les lympho- ou hémangiomes. La malformation de l'oreille est plus prononcée que dans l'éléphantiasis vrai, elle est acquise ou héréditaire. Les auteurs proposent pour cette forme la dénomination « angiomes éléphantiasiformes » et comme thérapeutique le radium ou l'intervention chirurgicale.

Olga Eliascheff.

Recherches physico-chimiques sur la pathogénie de la bromhydrose des pieds (Physikalisch-chemische Untersuchungen zur Pathogenese der Bromhidrosis pedum), par Alfred Marchionini et Piero Cerutti. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 354, 1 fig.

Les auteurs ont constaté par des mensurations (avec l'électrode épicutane-chinhydron) de la concentration des ions d'hydrogène de la plante des pieds, que cette dernière présente chez des sujets sains, avec une structure normale des pieds, une réaction faiblement acide ou légèrement alcaline, mais la voûte plantaire donne des réactions plus fortement acides, semblables à celles de la surface cutanée. Ces basses valeurs d'acidité de la plante des pieds sont expliquées par l'évaporisation diminuée et la transformation secondaire de la sueur. Les auteurs constatèrent chez des sujets atteints de bromhydrose des pieds, un pied plat et l'alcalinisation de la sueur. Différents microbes se déve-

loppent facilement dans ce milieu alcalin (*Bacterium graveolens*, *Bacterium fœtidum*, etc.) et provoquent l'odeur de l'hyperhydrose. Le traitement consiste, à côté de mesures pour la diminution de l'hyperhydrose, dans la correction des pieds plats et dans l'application sur la surface cutanée du pied de préparations acides.

OLGA ELIASCHEFF.

La signification de la bacillémie dans les différentes formes de la tuberculose cutanée et dans le lupus érythémateux (Die Bedeutung der Bacillæmie bei den verschiedenen Formen der Hauttuberkulose und dem Lupus erythematodes), par Otto KREN et Ernst LŒWENSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 375.

Les auteurs apportent les résultats de leurs recherches du bacille de Koch dans le sang (par l'ensemencement) dans la tuberculose cutanée et le lupus érythémateux, recherches suivies pendant deux ans. Ils ont ensemencé le sang de 101 sujets atteints de tuberculose cutanée et de 32 sujéts atteints de lupus érythémateux avec un résultat positif dans 69 cas (51,88 o/o) et un résultat négatif dans 64 cas (48,12 o/o). Ils admettent que le lupus érythémateux (formes discoïdes et disséminées) ne se rencontre très vraisemblablement qu'en présence d'une bacillémie tuberculeuse et qu'il est produit par cette dernière. Ils concluent qu'un résultat négatif des cultures sanguines ne démontre pas l'absence d'une bacillémie mais, au contraire, qu'un résultat positif confirme l'existence d'un foyer tuberculeux dans l'organisme, d'un foyer en activité. Des oscillations dans les résultats parlent en faveur de poussées successives dans l'organisme et c'est pourquoi on ne peut obtenir des cultures positives dans la tuberculose cutanée qu'après des ensemencements répétés. Il faut donc ensemencer le sang (dans les cas suspects) tous les 15 jours. Toutes les tuberculoses cutanées non exogènes, spécialement les soi-disant tuberculides, le lupus érythémateux inclus, sont un signe de bacillémie. Il faut admettre que l'organisme se défend de temps en temps moins bien contre cette bacillémie à raison d'infections diverses aiguës ou chroniques. R. et L. attribuent une plus grande valeur à la démonstration directe du bacille de Koch dans le sang qu'à l'épreuve de la présence d'anticorps. Vu la bacillémie chronique, aucun traitement local sans traitement général n'est utile.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la question du rôle nocif de la malariathérapie sur le foie (Zur Frage der Leberschædigung durch Impfmalaria), par Anton MUSGER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 390.

L'auteur a recherché les troubles hépatiques produits par la malariathérapie dans la syphilis nerveuse, sans ou avec symptômes cliniques, chez des femmes enceintes syphilitiques (dans certains cas) et dans la syphilis héréditaire. Il constata ces troubles chez 40 sujets (9,19 o/o). Apparition d'un ictère dans tous ces cas, ordinairement après le 4e ou le 6e accès de fièvre. Plusieurs malades présentèrent, à côté d'un ictère,

ordinairement peu grave, une augmentation du volume du foie et de la rate (4 cas), de la rate seulement (2 cas). Un malade fut atteint de colite grave. Mais l'auteur n'a pas constaté de lésions hépatiques très graves, elles régressent après l'interruption de l'accès. On peut éviter les lésions hépatiques graves par un dosage individuel (nombre des accès) et par l'application bien réglée du traitement.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur un cas d'acremoniose (Ueber einen Fall von Acremoniosis), par Emmerich LEHNER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 399.

Observation d'un cas d'acrémoniose chez un homme âgé de 47 ans avec localisation aux deux mains et considérée comme dysidrose. Extension des lésions au dos des mains, apparition de taches hyperémiques et œdémateuses sur le corps. Présence d'un champignon dans les lésions. Ordinairement, l'*acremonium* produit des infiltrats avec suppuration dans le derme et l'hypoderme. Dans le cas de l'auteur (un seul autre cas connu dans la bibliographie a été publié par Marengo), les lésions furent tout à fait superficielles. Réactions cutanées locales et focales à la suite d'injections d'une émulsion de cultures (vaccins).

OLGA ELIASCHEFF.

Description mycologique de l'acremoniose (Mykologische Beschreibung der Acromoniosis), par St. BALLAGI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 405, 2 fig.

Description de l'*acremonium* cultivé des lésions cutanées superficielles (Voir Lehner, Sur un cas d'acremoniose. *Arch. für Dermat. u. Syp.*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 399).

Les cultures poussent à 18°-20°, sont, sur les milieux glucosés de Sabouraud (cultures âgées de 4 jours), de teinte jaune brunâtre. Elles sont nettement limitées, portent au centre des mycéliums aériens formant carémies et aux bords des circonvolutions en forme de tourbillons. Les cultures sur boîtes de Petruschky, âgées d'un mois, ont 4 centimètres de diamètre, elles sont nettement limitées, rondes, brillantes, de teinte grise cireuse. Au centre se trouvent des mycéliums aériens ; pas de formation de duvet ni de pléomorphisme. Sous le microscope, on constate le développement du champignon déjà dès le 2e jour, le 7e jour on ne voit que des mycéliums et la sporulation commence le 10e jour.

Ce champignon est peu pathogène pour le cobaye, on ne constate après l'inoculation qu'une légère infiltration au point inoculé qui disparaît au 15e jour.

C'est la troisième souche d'*acremonium* (*Cephalosporium*) cultivée en Hongrie, elle est très différente des deux autres et est une variété jusqu'à présent inconnue.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la fréquence de la Cutis rhomboidalis nuchæ chez les goudronniers (Ueber gehæuftes Auftreten von Cutis rhomboidalis nuchæ bei Teerarbeitern), par H. O. Loos. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 408, 1 fig.

Observation et examen histologique d'un cas de pachydermie verticellée chez un homme de 52 ans travaillant depuis 15 ans dans une usine de goudron ; mêmes lésions à la face. Sur 70 ouvriers de la même usine, 11 présentèrent une pachydermie verticellée. L'auteur conclut que cette lésion apparaît chez des ouvriers travaillant depuis longtemps (plusieurs années) dans le goudron ou ses dérivés. La face est prise dans les cas très développés. Les irritations thermiques semblent jouer un rôle. L'histologie de la peau de la face montra des lésions de dégénérescence des tissus collagène et élastique du derme, analogues à celles constatées dans la pachydermie verticellée. OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'interprétation des cellules de Sabouraud (Ueber die Deutung der Sabouraud-Zellen), par Karl HERXHEIMER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 416, 2 fig.

L'auteur a examiné 750 biopsies de différentes dermatoses pour rechercher les cellules de Sabouraud ; il les a trouvées dans 97 cas. Il conclut : les cellules de Sabouraud se rencontrent non seulement dans le lichen plan et dans quelques autres dermatoses, mais elles peuvent apparaître dans toutes les lésions accompagnées d'une acanthose nette. Il s'agit de cellules usées dont l'organisme tâche de se débarrasser. Elles se comportent à l'incinération comme la couche cornée.

OLGA ELIASCHEFF.

Une nouvelle forme du kératome héréditaire palmaire et plantaire « l'Acrokératome » (Eine neue Abart des Keratoma hereditarium palmare et plantare « Acrokeratome »), par Fr. WIRZ *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 423, 2 fig.

Observation d'un cas d'une forme spéciale du kératome héréditaire palmaire et plantaire observé chez un jeune homme de 21 ans. Masses cornées et papules cornées isolées sur la face dorsale des mains, papules isolées à la paume des mains. Aucune lésion des pieds. La maladie débuta dès l'enfance, le sujet ne peut pas donner de renseignements sur la présence de la même lésion chez les autres membres de sa famille.

OLGA ELIASCHEFF.

Le liquide céphalo-rachidien et la syphilis tertiaire de la peau et des muqueuses (Liquor und tertiæire Haut- (Schleim-Haut-) Lues), par L. ARZT et H. FUHS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 427.

Travail sur le rapport de la syphilis cérébro-spinale avec les lésions cutanées de la syphilis tertiaire. Examen de 350 cas. Les auteurs concluent qu'il n'existe aucun antagonisme absolu entre les lésions gom-

meuses de la peau et des muqueuses et les affections syphilitiques du système nerveux central. Ils conseillent de traiter les malades qui présentent un réaction forte à la luétine — c'est-à-dire une allergie cutanée bien développée — par une ou plusieurs cures mixtes de néosalvarsan-Bi-iodure ; il faut instituer dans la syphilis nerveuse, en l'absence complète ou en présence d'une réaction faible à la luétine, expression d'une allergie cutanée incomplète, la malariathérapie de Wagner-Jauregg.

Olga Eliascheff.

L'utilisation clinique de la formule sanguine dans la tuberculose cutanée (Die Klinische Verwertung des Blutbildes bei Hauttuberkulose), par A. v. Varga. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 431.

L'auteur a déterminé la formule sanguine dans 35 cas de tuberculose cutanée : les éosinophiles ne sont augmentés que dans les cas ulcérés. L'augmentation des lymphocytes est parallèle à celle des grands mononucléaires et est l'expression d'une légère infection, de sa bénignité ou de sa guérison. Le déplacement à gauche a lieu dans des cas graves ; les hématies et la quantité d'hémoglobine sont normaux. L'hémogramme rend de bons services pour le diagnostic, le pronostic et pour le traitement de la tuberculose cutanée. Olga Eliascheff.

Sur la spécificité de la réaction à la luétine (Zur Specifitæt der Luetin-reaktion), par M. Fellner. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 436, 1 fig.

L'auteur confirme de nouveau l'influence facultative sur la réaction à la luétine de l'absorption *per os* d'iodure. Une réaction négative à la luétine chez des syphilitiques, ainsi qu'une réaction négative chez des non-syphilitiques peut devenir positive, après une médication iodurée.

Les deux facteurs indispensables pour produire ce changement sont : *a*) une augmentation du titre des anticorps ; *b*) une augmentation de la force de réaction cellulaire dans le corps muqueux de Malpighi. L'augmentation du titre des anticorps est stimulée par l'iode et, dans une mesure moins grande, par le bromure.

L'augmentation de la tendance à la réaction cellulaire dans les cellules épineuses de la peau est démontrée par des expériences *in vitro* avec des solutions de sels d'iode et de bromure sur la peau normale et hypersensibilisée par l'iodure de potassium.

Il ne semble pas que tout le groupe des halogènes agisse de la même façon, car des expériences analogues avec le chlorure de sodium furent négatives.

La réaction à la luétine est une réaction cutanée caractéristique pour certaines périodes de la syphilis, mais on ne peut pas la considérer comme *vraiment spécifique,* parce qu'on est en état de produire avec la luétine des réactions positives artificielles chez des sujets non-syphi-

litiques, mais la réaction à la luétine est souvent indispensable pour le diagnostic différentiel, elle doit être jugée avec prudence.

OLGA ELIASCHEFF.

Comment se comporte l'albumine colloïdale dans le sérum sanguin des syphilitiques (Das Verhalten des kolloidalen Eiweines im luischen Blutserum), par K. v. REJTO et B. v. GŒZSY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, pp. 446.

Les auteurs ont pu démontrer un rapport étroit entre l'état des syphilitiques et les modifications des albumines dans leur sérum sanguin. Plus la maladie fut grave, plus les valeurs des fractions albuminuriques furent anormales. L'aspect détaillé de la courbe des fractions de l'albumine donne des renseignements précieux pour le diagnostic et le pronostic, et cela surtout au cours du traitement spécifique.

OLGA ELIASCHEFF.

Eosinophilie et papule urticarienne (Eosinophilie und urticarielle Quaddel), par Werner JADASSOHN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 458, 2 fig.

L'auteur confirme les résultats obtenus par Berger et Lang sur la présence dans les papules urticariennes « allergiques » de cellules éosinophiles en grand nombre intra- et extra-vasculaires. Il a examiné histologiquement des papules urticariennes provoquées mécaniquement chez une malade atteinte de dermographisme urticarien, papules produites par l'injection de morphine (0,1 d'une solution à 1 o/o), d'atropine (0,1 d'une solution à 0,4 o/o) et de pilocarpine (0,1 d'une solution à 0,5 o/o). Aucun de ces sujets ne présenta d'éosinophilie sanguine. L'histologie fut dans tous les cas la même, il n'exista que des différences quantitatives. On constata dans toutes les papules des amas leucocytaires intra- et péri-vasculaires, infiltrats composés en majeure partie de cellules éosinophiles. D'après l'auteur, on n'est pas en droit de considérer l'éosinophilie locale de ces réactions comme un signe d'une réaction allergique, elle est plutôt le signe d'une réaction du type urticarien, et peut-être même non obligatoire, mais facultatif malgré leur présence dans tous les cas examinés par J. Une augmentation des polynucléaires éosinophiles dans le sang n'est pas nécessaire à la formation d'une éosinophilie locale intra- et péri-vasculaire. On pourrait admettre que l'agent nocif urticarien produit de telles modifications des états électriques des tissus que les éosinophiles y sont attirés. L'auteur explique l'éosinophilie du sang dans les maladies urticariennes de la façon suivante : les éosinophiles peuvent être localement fixés et supprimés de la circulation sanguine par l'apparition de la papule urticarienne ; ce manque est hypercompensé par la moelle osseuse, l'éosinophile apparaît alors. Mais cette possibilité de la formation de l'éosinophilie sanguine discutée déjà chez les allergiques par Berger et Lang n'est qu'une hypothèse sans base suffisante.

OLGA ELIASCHEFF.

Poïkilodermie de Jacobi, xanthomatose, valeurs sérologiques (Poikilodermie Jacobi, Xanthomatoses, Serumwerte), par C. Kreibich. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 466.

Observation d'un cas de poïkilodermie de Jacobi chez un homme de 45 ans, combinée avec une cholestérinémie diabétique et une xanthomatose. Les hautes valeurs de réfraction du sérum du malade sont produites par la cholestérine et non par l'albumine.

Olga Eliascheff.

Eczéma artificiel linéaire dans la zone radiculaire sensibilisée (Streifenförmiges artefizielles Ekzem im radikulär sensibilisierter Zone), par J. Samek. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 470, 5 fig.

Observations de deux cas d'eczéma linéaire dans la zone radiculaire sensibilisée. Dans le premier cas, la malade traitée pour un eczéma des mains par des pansements à la résorcine, présenta sur un bras un eczéma linéaire avec hyperesthésie. Diminution de la sensibilité et de l'eczéma par l'irradiation de la moelle épinière. Dans l'autre cas, apparition d'un eczéma sur la poitrine et les bras, linéaire d'un côté. Cette malade présenta une hypersensibilité polyvalente. Ces cas démontrent l'existence d'une pathogénie nerveuse de l'eczéma, même à la suite de causes externes.

Olga Eliascheff.

Contribution à une chimie cutanée physiologique et pathologique. XIe communication. Sur le sucre libre et « lié » dans la peau sous des conditions physiologiques, expérimentales et pathologiques chez l'homme et l'animal. Contribution à l'étude du métabolisme des hydrates de carbone de la peau (Beitræge zu einer physiologischen und pathologischen Chemie der Haut. XI Mitteilung. Ueber den freien und « gebundenen » Zucker in der Haut unter physiologischen experimentellen und pathologischen Bedingungen bei Mensch und Tier. Ein Beitrag zum Kohlehydratstoff-wechsel der Haut), par Erich Urbach et Kálmán Rejto. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 2, 1932, p. 478.

Les recherches des auteurs ont démontré que le sucre « lié » *intra vitam* de la peau normale humaine est à peu près quinze fois plus élevé que le sucre libre et deux fois plus élevé que le sucre « lié » du sang (sucre « lié » n'est pas une expression exacte, il s'agit de substances qui, après l'hydrolyse par les acides, donnent des réductions plus fortes qu'avant l'hydrolyse). La peau du chien, du lapin et des cobayes contient une quantité plus grande de sucre « lié », ainsi que celle des diabétiques et des chiens rendus diabétiques.

La preuve de la présence de grandes quantités de sucre « lié » dans des conditions physiologiques et surtout pathologiques fait que les auteurs considèrent l'organe cutané comme très important pour le métabolisme intermédiaire des hydrates de carbone et comme organe d'accumulation de réserves. Mais il n'existe aucune relation démontrable entre la teneur en sucre « lié » et les dermatoses.

Olga Eliascheff.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Recherches expérimentales sur le lympho-granulome inguinal (Experimentelle Untersuchungen über das Lymphogranuloma inguinale), par Fr. Koch. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, fasc. 4, janvier 1933, p. 207.

Conclusions : le lymphogranulome inguinal est inoculable au cobaye ; mais le virus s'y détruit rapidement, d'où la rareté et la difficulté des passages. La souris est un bon animal d'expérience ; le virus y persiste un mois, y provoque une méningo-encéphalite, et infecte aussi les lymphatiques. Le singe convient aussi très bien ; il contracte, après inoculation cérébrale, une méningo-encéphalite mortelle, et la maladie se transmet d'animal à animal. En partant de l'esthiomène, on peut arriver à l'encéphalite lymphogranulomateuse du singe, ce qui établit la relation entre les deux maladies. Même à ce stade avancé des lésions, la virulence persiste. Ch. Audry.

Traitement de la blennorragie féminine rebelle en combinant le pyrifer et la trypaflavine (Die Behandlung resistente Fælle von weiblicher Gonorrhœ mit kombinierten Pyrifer und Trypaflavininjektionen), par G. Schultze-Wolters. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, fasc. 4, janvier 1933, p. 228.

En ajoutant le pyrifer (pyrethothelcher) à l'injection intraveineuse de trypaflavine (et à un bon traitement local), on obtient de meilleurs résultats qu'avec les méthodes isolées. Le luminal aide à diminuer les parergies désagréables (céphalée, frissons, etc.) du pyrifer.

Ch. Audry.

Traitement de la blennorragie féminine par la vaccination locale (Bacura) (Ueber die Behandlung der weiblichen Gonorrhœ mit lokalen Vakzination nach Bacura), par H. Sinke et A. Wiedmann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, fasc. 5, janvier 1933, p. 240.

Bucura injecte son « bleno-vaccin », vaccin gonococcique dans le col, l'urèthre, etc.

(Ignorance presque totale des travaux français.)

Ch. Audry.

Mise en évidence d'anticorps sessiles chez les eczémateux (Zum Nachweis sessiler Antikörper bei Ekzemkranken), par E. Urbach. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, fasc. 4, janvier 1933, p. 248, 2 fig.

En réponse à l'article de Bernstein et Vogt, paru sous le même titre dans le t. LXIV, f. 5, 1932 de la même revue, U. passe en revue les travaux relatant l'existence d'une transmission passive par inoculation de sérum sanguin ou du sérum de bulle à un sujet sain. Dans le cas personnel qu'il rapporte, cette transmission passive s'est traduite par des signes cliniques et histologiques de l'eczéma. Aussi conclut-il, contrairement à Bernstein et Vogt, qu'*une partie* des eczémas provoqués

par des antigènes externes ou internes est due à une vraie réaction antigène-anticorps et qu'il existe bien des anticorps histiogènes. Le meilleur procédé est la bulle par cantharide. L. Chatellier.

Réplique aux remarques précédentes d'Urbach (Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen Urbachs), par F. Bernstein. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, fasc. 5, janvier 1933, p. 256.

Aux remarques d'Urbach, B. oppose : 1° qu' « anticorps sessiles » et « anticorps histiogènes » ne sont pas termes synonymes ; 2° que le terme d'anticorps sessiles désigne les anticorps qui, produits dans les tissus, ne passent pas dans le sang, ne deviennent pas libres ; 3° que l'inoculation de sérum ou de liquide de bulle ne porte que sur l'existence d'anticorps libres ; 4° que ses recherches portent justement sur l'*autre partie* des eczémateux. L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Mélanosarcome à métastases multiples, entre autres sur la muqueuse buccale (Ueber einen Fall von Melanosarkom mit multiplen Metastasen unter anderen in der Mundschleimhaut), par J. van der Kaaden. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 1, 7 janvier 1933, p. 1 (5 fig.).

Un homme de 44 ans a été opéré un an auparavant d'une tumeur du haut de la cuisse gauche. Il meurt avec des métastases mélaniques de la peau, du crâne, du cerveau (hypophyse, etc.), des poumons, du foie, etc., et une tumeur noire ulcérée du plancher de la bouche.

L'examen histologique montre les lésions habituelles (næviques, sarcome). K. ne croit pas que la distinction de nævo-sarcome et sarcome mésenchymateux soit bien réelle. Le mélanome primitif des muqueuses est rare, plus rare encore le mélanome métastatique. K. recommande l'électro-coagulation. Ch. Audry.

Sur les réactions anormales à la piqûre de moustiques (Zur Kenntnis atypischer Mückenstichreaktionen (Culicosis bullosa)), par H. Bode. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 1, 7 janvier 1933, p. 7 (2 fig.).

Genner en France, Siemens en Hollande ont décrit des cas semblables à ceux de B. : il s'agit de deux sœurs qui, sur des piqûres de moustiques, voyaient apparaître de véritables petites bulles globuleuses, siégeant sur les parties découvertes ; les lésions se reproduisirent chaque été pendant 3 ans. Les bulles furent reproduites en frictionnant avec une purée de moustiques. B. considère qu'il s'agit là d'une manifestation allergique.

Ch. Audry.

Sur un cas de mort par ingestion d'acykal (Ueber einen Todesfall durch peroral eingenommenes Acykal), par E. Brack. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 1, 7 janvier 1933, p. 15.

L'acykal est un produit pharmaceutique proposé par Bruck, de formule KCN—AgCN, employé dans le traitement de la blennorragie. Une

jeune femme de 28 ans est trouvée morte après absorption involontaire d'un gramme d'acykal, médicament réservé à l'usage externe et délivré en poudre par le pharmacien ; sur le cadavre, on note les signes habituels de l'intoxication par l'acide cyanhydrique. Brack demande que l'acykal soit rangé parmi les toxiques et délivré en petites quantités (0,02 centigrammes par comprimé).

A cet article, Bruck ajoute des règles d'emploi (*cod. loc.*, p. 17) et rappelle que l'acykal n'est toxique que par voie buccale et à hautes doses.

L. Chatellier.

Les nævi cutanés comme source de renseignements anthropologiques (Die Hautnœvi als Quelle anthropologischer Erkenntnisse), par E. Samberger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 2, 14 janvier 1933, p. 45, 7 fig.

On a déjà soutenu que les nævi étaient des manifestations ataviques. Cette notion ne s'est pas répandue, parce que le terme de nævus a pris trop d'extension. Il désigne, en effet, les anomalies par rétrogenèse, les anomalies par agenèse, les anomalies par hypogenèse, et enfin les anomalies par hypergenèse. Pour S., seules méritent le nom de nævi, les anomalies par rétrogenèse, qu'on différenciera ainsi des autres anomalies ou malformations. Les nævi seront donc les restes morphologiques et fonctionnels de la peau des hommes vivant autrefois. La peau, en contact avec le monde extérieur, passera successivement par les étapes fonctionnelles ou morphologiques qui assureront au protoplasma humain les conditions optima d'existence. Que sait-on de ces phases de développement ? Ce qu'on peut conclure de la loi de Haeckel : « l'ontogénie d'un animal est l'histoire répétée en raccourci de sa phylogénie. Du développement individuel, il est possible de tirer des conclusions sur l'histoire de la souche ».

Or, tout homme, pendant la période de sa vie intra-utérine, vit dans l'eau et montre ainsi comment le protoplasma humain a commencé sa vie sur la planète. Il a commencé par être un individu unicellulaire et, de cette forme primitive, s'est formé l'individu pluricellulaire. On voit ainsi que le protoplasma humain a commencé les phases de développement dans la mer (*sic*).

L'homme aujourd'hui est un animal terrestre. On ignore l'aspect qu'a eu son ancêtre primitif dans la vie terrestre. De même, pas le moindre soupçon de l'aspect du protoplasma humain dans sa vie aquatique. Des phases embryonnaires, on ne peut tirer aucun renseignement sur l'apparence réelle de l'homme aux différentes étapes de son développement. L'embryon ne conserve que les impulsions primitives qui le conduiront à son état actuel.

L'anthropologie se sert de l'ostéologie pour l'étude de la forme humaine ; la peau peut et doit être utilisée par elle. C'est l'intérêt de l'étude des nævi. Ils marquent les étapes du développement.

Ainsi Sulc a montré que nævi pigmentés ou lentigo, et nævi vas-

culaires sont les restes homologues des organes tactiles (pigmentés et pileux d'une part, vasculaires seulement d'autre part), qu'on rencontre chez les animaux. L'ancêtre de l'homme a donc passé par un stade d'existence où il portait une peau identique.

Il existe une autre variété de nævus, le nævus acanthosiforme, qui est identique à l'*acanthosis nigricans*. Or, on trouve une structure identique aussi chez certains amphibies actuels. L'homme a donc traversé une étape de vie amphibie, où, comme chez l'animal, la peau et les muqueuses avaient un rôle respiratoire.

Autre argument en faveur de cette vie amphibie : la présence, dans certains épithéliomas bénins de la peau, de cellules muqueuses. Or, aujourd'hui les poissons, les amphibies en portent, tandis que les animaux en sont totalement dépourvus.

Parmi les races actuellement vivantes, la race noire se rapproche le plus de l'homme ancestral amphibie. Or, la peau du Noir ne porte aucune glande muqueuse, n'a pas de papilles (si développées chez l'amphibie), il garde seulement le pigment. La race blanche a peu de pigment, garde ses papilles, est peu velue. Elle s'écarte donc aussi de l'ancêtre amphibie, mais également de l'ancêtre velu terrestre. On est en droit de conclure que la race noire n'a eu qu'un ancêtre amphibie, car chez le Noir les nævi pileux sont inconnus ; tandis que la race blanche a eu l'ancêtre amphibie et l'ancêtre velu terrestre.

L. Chatellier.

Complexe primaire tuberculeux de la peau (Tuberkulöser Primärkomplex der Haut), par R. Bezecny. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, no 2, 14 janvier 1933, p. 58.

Aux observations déjà publiées d'accident primaire tuberculeux chez l'adulte ou l'adolescent, B. ajoute l'observation d'un chancre tuberculeux ulcéreux avec adénopathie développée chez une fillette de 13 ans. Après l'exérèse, sur la cicatrice se développe un *lupus tumidus*. Pendant la période primaire, la malade présentait de la leucopénie ; la formule sanguine redevint ensuite normale. L'épreuve épidermique de Nathan-Kallos ne devint positive que 4 semaines après les manifestations primitives.

L. Chatellier.

La guérison de l'impétigo herpétiforme de Hebra par transfusion sanguine (Die Heilung der Impetigo herpetiformis Hebra durch Bluttransfusion), par Prokoptsacht et Baranovsky. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, no 2, 14 janvier 1933, p. 66.

Deux cas dont l'un, non traité, fut suivi de mort, et dont l'autre, après une transfusion sanguine de 370 centimètres cubes, guérit rapidement. Il est vrai que cette dernière, une femme de 28 ans, n'était pas enceinte, tandis que la première était gravide de 7 mois.

Ch. Audry.

Chancre syphilitique dans la profondeur de l'oreille externe (Syphilitische Primæraffekt in der Tiefe der ausseren Gehergænges), par K. Preis. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 2, 14 janvier 1933, p. 67.

Un soldat de 34 ans, atteint de syphilides secondaires, présentait sur la paroi postérieure du conduit auditif externe, à 1 centimètre de profondeur, une ulcération avec spirochètes. Pas d'adénopathie. Étiologie indéterminée. Ch. Audry.

Recherches chimiques sur le problème du psoriasis (Ein Beitrag zur chemischenErforschung des Psoriasis problems), par B. Zorn. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 3, 21 janvier 1933, p. 89.

La papule de psoriasis a son origine dans une excitation provenant du sang ; ses squames ne sont pas seulement un produit formé par les cellules épidermiques. Aussi doit-on s'attendre à y trouver, à côté des débris cellulaires épithéliaux, des substances provenant du plasma. A l'appui de cette conception viennent les manifestations du psoriasis sur les tissus mésenchymateux : derme, tissu synovial et péri-articulaire, périoste, uvée et iris, lit de l'ongle.

L'objet de cet article est d'établir la teneur des squames en corps qui ne peuvent provenir que du torrent circulatoire, en particulier de substances minérales.

La teneur en eau des squames varie de 8,94 o/o et 9,49 o/o ; en azote : 13,16 o/o pour les squames hydratées, et 14,49 o/o pour les squames sèches.

Le dosage du Ca montre un taux moyen de 136 mgr. o/o dans les squames humides et 150 mgr. o/o dans les squames desséchées ; pour Mg, 27,5 mgr. o/o et 30,3 mgr. o/o ; pour Na, 644 mgr. o/o et 709 mgr. o/o ; pour K, 306 mgr. o/o et 337 mgr. o/o ; pour P, 15 mgr. o/o et 16,6 mgr. o/o ; pour Cl, 309,8 mgr. o/o et 341 mgr. o/o ; pour I, néant ; pour S, 855,3 mgr. o/o et 941,3 mgr. o/o. Comparés aux chiffres trouvés dans le sang normal, le rapport du taux sanguin au taux des squames est : pour l'eau, de 10 à 1 ; pour Na, de 1 à 2 ; pour K, de 1 à 17 ; pour Ca, de 1 à 15 ; pour Mg, de 1 à 13 ; pour Cl, de 1 à 0,87 ; pour P, de 1 à 1,8. Le rapport de Na, K, Ca, Mg dans le sérum est de 100 : 6 : 3 : 1 ; dans les squames de 100 : 50 : 20 : 4 ; le rapport de N à Ca : dans le sérum est de 3 : 1 ; dans les squames de 87 à 1. On ne peut encore donner l'explication ni la valeur de ces variations, mais ces chiffres confirment bien la nature réactionnelle de la papule psoriasique. L. Chatellier.

Sur l'histologie de l'érythroplasie (Zur Histologie der Erythroplasie), par A. v. Kolb. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 3, 21 janvier 1933, p. 96, 3 fig.

Observation d'érythroplasie du prépuce et du gland, chez un homme de 78 ans. L'aspect clinique de cette affection, individualisée par Queyrat, répond à la description de Fournier et Darier de l'épithélioma

papillaire : il s'agit d'une lésion rouge, vernissée, suintante, parfois érosive ou exulcérée. Mais la structure histologique est loin d'être uniforme. Dans le cas de K., elle offrait l'aspect d'un épithélioma spinocellulaire sans tendance infiltrante et peu de signes de malignité. Dans la plupart des cas publiés, il y a des modifications épithéliales : hypertrophie et irrégularité cellulaires ; disposition désordonnée des éléments cellulaires, irrégularité nucléaire ; pas d'acanthose vraie, mais bourgeonnement irrégulier des bourgeons épithéliaux. Dans l'observation de Louste, Lévy-Fränkel et Caillau : atrophie épidermique ; pas de kératine ; peu de mitoses ; infiltration histio-monocytaire.

L. Chatellier.

Forme rare de levures de la langue (Ueber eine seltene Form der Soormykose der Zunge), par D. Kenedy. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, no 4, 28 janvier 1933, p. 117 (1 fig.).

Il est fort rare de constater des levures sur la langue de gens adultes et bien portants. K. rappelle quelques cas antérieurs et donne deux observations : 1° d'un homme de 56 ans qui s'était brûlé la langue en mangeant ; une petite tache blanche offrait à l'examen microscopique des levures qui fournirent des cultures pures d'*oidium albicans* (cutiréaction positive) ; 2° dans l'autre cas, d'un homme de 60 ans, grand fumeur ; il existait sur le dos de la langue une surface développée de chaque côté du sillon médian qui avait été prise antérieurement pour une glossite losangique médiane : filaments et levures au microscope ; pas de culture. La lésion guérit quelques semaines après des badigeonnages iodés.

Ch. Audry.

Un nouveau dosimètre pour la radiothérapie superficielle et profonde (Ein neuartiges Dosimeter für Oberflachen- und Tiefentherapie), par H. Kustner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, no 4, 30 janvier 1933, p. 119, 10 fig.

Description minutieuse d'un appareil qui s'adapte aussi bien aux tubes pour rayons de Bucky qu'aux tubes pour radiothérapie profonde. Il permet une mesure précise des divers rayonnements et de leur degré de dureté.

L. Chatellier.

Bruxelles Médical.

Nouveaux essais d'application de la thermothérapie locale (bains d'eau chaude et diathermie par ondes longues faiblement amorties) au traitement de la syphilis primaire et secondaire chez l'homme, par A. Bessemans et V. Thiry. *Bruxelles Médical*, 13e année, nos 11 12, 15 et 22 janvier 1933.

Les auteurs apportent de nouvelles observations et présentent les dispositifs dont ils se servent pour la thermothérapie locale. Ils insistent sur l'importance qu'il y a de pratiquer une mensuration précise

et permanente de la température intratissulaire. *Treponema pallidum* et *Treponema cuniculi* deviennent avirulents et disparaissent rapidement d'un tissu qu'ils infectent, lorsque ce dernier subit, sous l'action d'une source de chaleur non lumineuse autre que les infra-rouges, une augmentation de température d'environ 1 heure à 42° ou de 2 heures à 40°, ou de plusieurs heures à quelques dixièmes de moins que 40°. Il en est de même pour le virus syphilitique des ganglions, avec cette seule différence que le chauffage doit être un peu plus poussé. La balnéothermothérapie présente des avantages, tandis que l'aéro-thermothérapie a des inconvénients et que la paraffi-thermothérapie remplit mal les conditions de réussite. La diathermie se prête particulièrement bien à cette physiothérapie et mieux encore que les ondes longues faiblement amorties, les ondes entretenues courtes fournissent des résultats encourageants. H. RABEAU.

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux universitaires de Québec.

Un cas d'éléphantiasis des paupières, par J. B. JOBIN et J. LACERTE. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, 33e année, no 11, novembre 1932, pp. 345 351.

Observation d'un cas chez une jeune fille de 16 ans dont l'affection paraît remonter à un traumatisme par corps étranger du nez qui fut suivi de rhinite purulente, point de départ de poussées lymphangitiques du nez. Quelques années plus tard, s'installa un œdème chronique des paupières contre lequel aucun traitement ne put agir.

A. BOCAGE.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Poïkilodermie vasculaire atrophiante consécutive à une érythrodermie salvarsanique (Poiquilodermia vascular atrofiante consecutiva a eritrodermia salvarsanica), par J. S. COVISA et J. BEJARANO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 4, janvier 1933, p. 233, 10 fig.

Une femme de 31 ans, ayant des réactions sérologiques positives, présente, après un traitement mixte par 5 grammes de salvarsan et 2 grammes de bismuth, une éruption érythémato-squameuse, très prurigineuse, qui s'atténue par la suite et laisse des altérations très polymorphes dont l'aspect bigarré est celui d'une poïkilodermie.

Un érythème constitue les mailles du réticulum ; une pigmentation lui est associée ou même existe isolément en certains points. On note des télangiectasies faciles à mettre en évidence par la vitro-pression. Les surfaces érythrodermiques en voie de disparition sont recouvertes de squames. Une atrophie nettement réticulaire ou maculeuse, suivant les points, complète le syndrome.

Ce cas peut être rangé dans le cadre des poïkilodermies secondaires

observées à la suite de certaines dermatoses, telles que le mycosis fongoïde, le lupus érythémateux, etc.

Un seul cas de poïkilodermie secondaire consécutif à une dermite salvarsanique a été publié jusqu'à présent par Pinter.

J. Margarot.

Un cas de varicelle et de zona simultanés et une petite épidémie d'herpès zoster (Un caso de varicela-zona simultaneos y una pequena epidemia de zoster), par Enrique Alvarez Sainz de Aja. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 4, janvier 1933, p. 246.

L'auteur a eu l'occasion d'observer à Madrid une petite épidémie de zona avec, dans un cas, évolution simultanée d'une varicelle.

Ces faits, rapprochés des différents travaux parus antérieurement sur la question, permettent de conclure à la contagiosité, à l'épidémicité du zona et à son identité étiologique avec la varicelle. Dans les cas où les deux processus sont associés, la première éruption est en général constituée par le zona, la varicelle survient 4 à 8 jours plus tard.

J. Margarot.

L'allergie dans la lymphogranulomatose inguinale subaiguë (Maladie de Nicolas-Favre). L'intradermo-réaction de Frei avec, comme antigène, le pus ganglionnaire, avec un extrait de cerveau de singe inoculé et avec le produit du raclage d'ulcérations chroniques des organes génitaux (La alergia en la linfogranulomatosis inguinal subaguda (enfermedad de Nicolas-Favre). La intradermorreaccion de Frei con antigeno de pus ganglionar, con extracto de cerebro de mono inoculado y con raspado de ulceraciones cronicas de los genitales), par E. de Gregorio et J. Murua. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 4, janvier 1933, p. 250, 3 fig.

Les auteurs rappellent les recherches qu'ils ont déjà faites sur la lymphogranulomatose inguinale subaiguë, sur les adénopathies chancrelleuses et syphilitiques, sur le syphilome ano-rectal de Fournier et sur le syndrome de Jersild, avec des antigènes différents préparés avec du pus d'adénopathies suppurées, suivant la technique de Frei. Les résultats obtenus ont été généralement concordants avec ceux des différents auteurs.

Quelques réactions positives, en dehors de la maladie de Nicolas-Favre, peut-être motivées par une préparation défectueuse de l'antigène ou par une infection pyogène surajoutée, appelaient de nouvelles recherches avec un antigène préparé par un auteur différent et, si possible, d'origine différente.

E. de G. et J. M. ont utilisé l'antigène préparé par Levaditi avec un extrait de cerveau de singe inoculé.

Les réactions observées sont d'apparition plus rapide. Au bout de 24 heures, elles ont leur maximum d'intensité, mais elles sont d'assez courte durée. La réaction est constituée par une lésion papuleuse entourée d'un halo érythémateux du volume d'une peseta, tandis que la réaction obtenue avec le pus ganglionnaire présente son maximum

d'intensité au bout de 48 heures et se traduit par une lésion papuleuse qui atteint parfois le volume d'un noyau de cerise et qui est entourée d'un halo érythémateux ayant la largeur d'une pièce de deux pesetas.

Les résultats obtenus coïncident avec ceux de la majorité des auteurs. Ainsi que Ravaut et Cachera l'ont montré, la spécificité de la réaction est absolue.

Les auteurs ont, d'autre part, préparé un antigène suivant la méthode de Nicolau et Ranciu en râclant des ulcérations du sillon balano-préputial chez deux malades atteints, l'un de lésions phagédéniques chroniques, l'autre d'une ulcération vulvaire avec éléphantiasis, associée à une sténose rectale. Les produits râclés, macérés, ont été mélangés à trois fois leur volume de sérum physiologique et tyndallisés. Leur utilisation en injections intradermiques sur la face externe du bras a donné des réactions positives chez divers malades.

Les résultats obtenus par les auteurs, comme ceux de Nicolau et Ranciu, apportent une nouvelle preuve en faveur de l'origine lymphogranulomateuse des syndromes ano-génitaux. Cependant, de nouvelles recherches sont nécessaires car ces réactions, si elles paraissent de nature allergique, manquent de spécificité. J. Margarot.

Nævus hyperkératosique systématisé (Nevus hiperqueratosico sistematizado), par J. Bejarano et J. Munuzuri. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 4, janvier 1933, p. 263, 5 fig.

J. B. et J. M. ont observé des nævi verruqueux couvrant de vastes surfaces cutanées, chez une fillette de 12 ans dont les antécédents personnels ou familiaux ne présentent aucune particularité. Aucune région du corps n'en est indemne. Les éléments hyperkératosiques occupent la moitié gauche du cuir chevelu, le côté gauche de la face, le tronc (sur lequel elles prédominent du côté gauche), les membres supérieurs et inférieurs. Sur ces derniers, les lésions sont absolument symétriques, tout en étant toujours plus marquées du côté gauche, et présentent un trajet linéaire le long de la face interne de la cuisse, sur le creux poplité et sur la face postérieure de la jambe. Dans le voisinage du talon, elles contournent la malléole externe et suivent le bord externe du pied.

L'examen histologique montre une hyperkératose très marquée et une acanthose manifeste ; on note une infiltration dermique sous-jacente intense, surtout au niveau du derme papillaire et sub-papillaire. Elle est essentiellement constituée par des lymphocytes et par des fibroblastes.

Après avoir essayé de traiter quelques éléments par l'électro-coagulation, J. B. et J. M. ont abandonné cette méthode trop lente, pour la cryothérapie pratiquée après ablation des masses hyperkératosiques.

J. Margarot.

Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Ulcères disséquants. Leur valeur pronostique (Ulcéras disecantes. Su valor pronostico), par Martinez Vargas. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 88, janvier 1933, p. 171.

Il y a quelques années, l'auteur a décrit une variété spéciale d'ulcères : les ulcères disséquants. En outre de leur intérêt propre, ils ont une grande valeur pronostique puisqu'ils annoncent une mort fatale et inévitable.

Chez un malade atteint successivement de scarlatine et de diphtérie, une suppuration des oreilles et du nez s'installe. Les ganglions cervicaux se tuméfient. Un médecin les incise. Il en résulte des ulcères disséquants ne présentant aucune tendance à la cicatrisation. Leurs bords sont lisses et uniformément découpés. La réaction inflammatoire est très légère, presque nulle. Le caractère disséquant est démontré par la mise à nu des muscles sterno-cléido-mastoïdien et digastrique. Un ulcère de mêmes caractères occupe la région inguinale gauche.

La température est élevée, le pouls rapide et faible. Le sujet succombe au bout de 21 jours avec des phénomènes de collapsus cardiaque, emporté vraisemblablement par la pyohémie et l'intoxication générale.

J. Margarot.

Analyse bactériologique d'un cas de noma (Analisis bacteriologico de un caso de noma), par José M. Corominas Planellas. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 88, janvier 1933, p. 187.

Une ponction aseptique de la région nécrosée de la joue permet d'aspirer un liquide sanieux. Les cultures mettent en évidence, entre autres germes aérobies, un streptocoque associé au tétragène et au staphylocoque pyogène doré, etc. Le seul aménobie isolé a été le *bacillus racemosus*.

J. Margarot.

Sporotrichoses et rœntgenthérapie (Sporotrichosis et rœntgenterapia), par S. Noguer-More et Dausa. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 88, janvier 1933, p. 281.

Dans beaucoup de cas, surtout dans les formes anciennes, compliquées de processus lymphangitiques ou s'accompagnant de néoformations (lésions réactionnelles dans lesquelles on ne rencontre pour ainsi dire jamais le parasite), le traitement ioduré ne donne aucun résultat. La radiothérapie peut alors rendre de grands services.

Dans deux cas, les auteurs ont obtenu une guérison complète.

J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Le diagnostic de la syphilis par la réaction microscopique de précipitation sur lame pratiquée sur la sérosité du chancre (Microscopic slide precipitation tests for diagnosis of syphilis with chancre fluid), par CHARGIN, ELLER et REIN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, no 6, décembre 1932, p. 965.

En pratiquant des réactions de précipitations microscopiques sur la sérosité des chancres, les auteurs croyaient trouver une méthode de diagnostic précoce. Ils ont constaté que cette réaction, d'ailleurs peu sensible, n'apparaissait pas plus tôt que dans le sang et que, vraisemblablement, elle ne se produisait qu'à la faveur du sang contenu en plus ou moins grande quantité dans la sérosité.

La réaction de Kline, qui a été utilisée dans ces recherches, s'est montrée plus précoce que la réaction de Wassermann, aussi bien dans le sang que dans la sérosité du chancre. S. FERNET.

Parapsoriasis varioliforme aigu (Pityriasis lichenoïdes et varioliformis acuta), par CRAWFORD. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, no 6, décembre 1932, p. 990.

C. décrit et discute la nature du parapsoriasis varioliforme à l'occasion d'un cas observé chez une enfant de 22 mois.

L'identité de cette affection avec les parapsoriasis ne lui paraît pas certaine ; cliniquement, l'analogie est la plus grande avec les variétés disséminées de tuberculides papulo-nécrotiques. S. FERNET.

Les éruptions du Nirvanol (Nirvanol eruptions), par MADDEN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, no 6, décembre 1932, p. 1065.

Le Nirvanol, combinaison de l'acide phényl-éthyl-glycolique avec l'urée, est employé contre l'épilepsie, la chorée, les psychoses. Il peut donner lieu à une éruption qui se présente invariablement avec les mêmes caractères : elle apparaît 9 à 12 jours après le début du traitement, débute à la poitrine et à l'abdomen par des taches rosées rappelant celles de la fièvre typhoïde ; elle se généralise ensuite et prend un aspect morbilliforme. Les muqueuses sont intéressées. Il n'y a pas de prurit. La fièvre peut être élevée et rend le diagnostic délicat avec les maladies infectieuses.

Cette éruption dure 3 à 4 jours, puis disparaît sans desquamation ni pigmentation.

Si la médication est continuée malgré ces complications, l'éruption récidive et peut se compliquer de stomatite, de néphrite, d'ictère, de névrite optique, d'agranulocytose. Ces accidents sont tout à fait exceptionnels. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Le traitement des varices par le morrhuate de soude (Sodium morrhuate for treatment of varicose veins), par Smith. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XXVI, n° 24, 10 décembre 1932, p. 2008, 4 fig.

S. recommande, pour les injections sclérosantes, le morrhuate de soude qu'il emploie en solution de 3 à 5 o/o. Non douloureux et non escharrotique, le morrhuate de Na lui paraît être le plus sûr et le plus inoffensif des produits sclérosants.

Deux microphotographies montrent l'état des veines du lapin après l'injection de morrhuate de Na et permettent de constater le degré d'infiltration et de destruction des parois. S. Fernet.

The American Journal of Syphilis (Saint-Louis).

Syphilis et maladies du corps thyroïde (Syphilis and thyroid disease with special reference to hyperthyroidism), par Netherton. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, n° 4, octobre 1932, p. 479.

N. a étudié le rôle de la syphilis dans les troubles thyroïdiens. Après un long exposé bibliographique, il cite ses statistiques personnelles et conclut que la syphilis n'intervient que très rarement dans l'étiologie du goitre et des hyperthyroïdies. La gomme et l'infiltration interstitielle syphilitiques sont extrêmement rares. S. Fernet.

Diabète sucré d'origine syphilitique (Diabetes mellitus of syphilitic origin), par Brandau. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, n° 4, octobre 1932, p. 511.

Observation d'un cas de diabète sucré guéri par le traitement spécifique et l'insuline chez un homme de 51 ans, ayant un Bordet-Wassermann positif.

B. rappelle que Warthin a signalé l'existence d'une atrophie et d'une fibrose interstitielle du pancréas dans tous les cas de syphilis ancienne qu'il a eu l'occasion d'autopsier. Il a, de plus, toujours trouvé une infiltration de plasmazellen et une sclérose plus ou moins marquée des îlots de Langerhans. Dans deux cas, il a constaté la présence de tréponèmes dans le pancréas. La syphilis paraît donc être la cause la plus commune des pancréatites interstitielles. S. Fernet.

Le traitement de la paralysie générale et des syphilis sérologiquement irréductibles par la diathermie (Diathermy in the treatment of general paralysis and in Wassermann-fast syphilis), par Schamberg et Butterworth. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, n° 4, octobre 1932, p. 519.

Il ne sera pas possible, avant de nombreuses années, de juger si la pyrétothérapie diathermique équivaut à l'impaludation dans le traitement de la syphilis nerveuse. Cependant, après 14 mois d'expériences, S. et B. signalent les résultats immédiats qu'ils ont observés : 66 o/o d'améliorations notables dans les paralysies générales, sédation des dou-

leurs fulgurantes dans quelques cas de tabès, amélioration de deux cas de kératite interstitielle. Les Bordet-Wassermann irréductibles n'ont pas été réduits après 7 mois d'observation. S. Fernet.

La syphilis expérimentale des souris, des rats et des cobayes (Experimental syphilis of mice, rats and guinea pigs), par Kolmer et Clara Kast. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, octobre 1932, n° 4, p. 535.

Les expériences de K. et K confirment en tout point les acquisitions récentes : les souris, les rats et les cobayes sont réceptifs à l'infection syphilitique. Les lésions locales au point d'inoculation sont exceptionnelles. L'infection reste latente pendant très longtemps, en particulier dans les ganglions lymphatiques et la rate, où sa présence peut être démontrée par la réinoculation au lapin.

En raison de la latence extrême de l'infection chez ces animaux et de sa limitation à certains organes, les réactions sérologiques sont dépourvues de valeur. S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Le traitement du pemphigus par le Viostérol (Viosterol in the treatment of pemphigus), par Ludy et Moore de Valin. *The Urologic and Cutaneous Review*, décembre 1932, p. 817.

Les auteurs signalent la guérison de six cas de pemphigus par des doses massives de Viostérol (20 à 45 centimètres cubes par jour). Ils attribuent le pemphigus à une déficience en vitamines.

S. Fernet.

Le traitement de choix du chancre mou et du chancre phagédénique : applications locales de solution concentrée de néoarsphénamine (The treatment of soft chancre and phagedenic chancre by local applications of neoarsphanamine in concentrated solution as the medication of choice), par Kostoulas (d'Athènes). *The Urologic and Cutaneous Review*, décembre 1932, p. 807.

La solution employée par l'auteur est de 0,60 ou 0,90 de novarsénobenzol dans 5 centimètres cubes d'eau bi-distillée. Au moyen d'une seringue, munie d'une aiguille, on projette sur les surfaces ulcérées un jet de liquide qui, étant sous pression, a l'avantage de nettoyer mécaniquement les plaies et de les déterger du pus et des parties sphacélées. Lorsqu'il y a phimosis, on lance le jet sous le prépuce et l'on masse ensuite pour répandre le liquide. Lorsque la douleur a cessé, on saupoudre d'iodoforme.

Ce traitement doit être répété quotidiennement. Il est moins douloureux que l'application de la poudre et, de plus, a l'avantage de nettoyer et de pénétrer mieux que ne le fait celle-ci.

Dès la première application, la plaie se déterge, bourgeonne et ne contient plus de bacilles de Ducrey. Les bubons sont le plus souvent évités. Cinq à six lavages sont habituellement suffisants et les traitements vaccinaux deviennent inutiles. S. Fernet.

Il Dermosifilografo (Turin).

Recherches sur les variations quantitatives du sucre du sang et de la peau dans les conditions normales et pathologiques, par Andrea Antuofermo. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 1, janvier 1933, p. 1. Bibliographie.

L'auteur rappelle que c'est Luithlen le premier, qui, il y a une quinzaine d'années, affirma que la réaction de la peau aux excitations inflammatoires est sous la dépendance de sa composition chimique et que celle-ci, à son tour, est conditionnée par la nutrition générale.

Passant rapidement en revue la littérature sur ce sujet, A. estime que ces travaux établissent la faible valeur des analyses du sang pour dépister un trouble métabolique quelconque qui permette d'établir un rapport entre ce trouble et la maladie cutanée.

C'est donc sur la peau elle-même, dénommée avec raison par Gougerot *foie périphérique*, en raison de ses fonctions, qu'il convient de conduire les recherches. L'auteur passe en revue les différents travaux publiés jusqu'ici et qui ont été conduits dans ce sens, notamment les recherches de Urbach sur *le contenu de la peau en sucre.*

Il fait enfin l'exposé de ses recherches personnelles sur cette question, travail composé de statistiques, de tables, de diagrammes, qui ne peut être analysé que par ses conclusions, qui sont les suivantes :

Dans les conditions normales, le contenu en sucre du liquide de bulle de vésicatoire est toujours de plus de la moitié du glucose du sang.

Le contenu glycémique et le taux du sucre de la peau saine chez les sujets atteints de dermatoses n'ont pas démontré de perturbations du métabolisme des hydrates de carbone ; il semble donc permis d'en déduire, pour les cas qui ont été étudiés, l'absence de rapports entre le métabolisme hydrocarboné et les dermatoses.

Les valeurs du sucre dans la peau saine des diverses régions de l'organisme, chez les sujets atteints de dermatoses, varie selon les régions : le taux du sucre cutané diminue dans les régions qui sont moins fournies de glandes cutanées et de poils.

L'étude du contenu en sucre du sang et de la peau saine, chez des sujets atteints de dermatoses, après épreuve de la glycosurie alimentaire, a montré que : la courbe du sucre de la peau a un décours plus lent et plus prolongé que celui de la courbe du sang, et qu'elle lui est parallèle, c'est-à-dire que, à un taux glycémique élevé, correspond un taux également élevé du sucre de la peau.

Des valeurs élevées du sucre du sang et de la peau ont été trouvées seulement dans les cas suivants : furonculose : sang, 1,30, peau, 0,75 ; psoriasis : sang, 1,24, peau, 0,70 ; acrodermatite eczémato-vésiculeuse : sang, 1,15, peau, 0,72 ; acroépidermolyse bulleuse : sang, 1,14, peau, 0,63 ; pemphigus : sang, 1,27, peau, 0,74, etc...

A. a également étudié l'influence de l'insuline sur 5 cas : après injec-

tion de 10 unités d'insuline, les valeurs glycémiques les plus basses se manifestent au bout d'une heure, le taux le plus bas dans la peau au bout de deux heures. BELGODERE.

L'acridinothérapie dans l'infection gonococcique masculine, par Antonio GINELLA. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 1, janvier 1933, p. 18. Bibliographie.

Après avoir passé en revue les travaux antérieurs sur le traitement de l'infection gonococcique par les produits acridiniques et fait ressortir les divergences des opinions des différents auteurs qui se sont occupés de la question, aussi bien au point de vue des résultats obtenus que de leur interprétation, G. fait l'exposé de ses recherches personnelles, en donne les statistiques et en discute les résultats. En voici les conclusions :

Il n'est pas d'accord avec ceux qui voudraient contester aux produits acridiniques toute espèce de valeur thérapeutique dans le traitement des affections blennorragiques ; il n'est pas d'accord davantage avec ceux qui soutiennent que, chez les malades hospitalisés tout au moins, la guérison peut être obtenue par le seul traitement endoveineux pourvu qu'il soit prolongé aussi longtemps qu'il sera nécessaire.

Malheureusement, pas davantage ce moyen ne représente-t-il, au moins jusqu'à présent, une arme infaillible dans la lutte contre l'infection gonococcique, puisque l'on peut constater des insuccès complets, tout aussi bien qu'avec les méthodes classiques.

Il estime toutefois qu'il est indiqué d'essayer toujours l'acridinothérapie dans les formes uréthrales aiguës et chroniques et dans les formes compliquées, spécialement dans les cystites et dans les complications qui sont dues à la diffusion du processus blennorragique par continuité.

A ce traitement, il a trouvé avantageux d'associer, dans la mesure du possible, les cures douces avec le permanganate de potasse et avec le protargol. Il considère, en outre, qu'il est très utile d'associer à la cure acridinique la cure vaccinique et surtout la protéinothérapie, en alternant les leux injections, de manière à éviter des réactions générales trop violentes.

En se conformant à ces règles de thérapeutique, il a obtenu de bons résultats dans les formes uréthrales aiguës ou subaiguës, compliquées de cystite, de prostatite, d'orchi-épididymite, c'est-à-dire dans toutes les complications qui présentent des rapports de continuité anatomique avec l'urèthre. Au contraire, il a obtenu des résultats médiocres dans les formes avec des foyers inflammatoires éloignés de l'urèthre, tels que les arthrites, et les synovites déjà constituées depuis un certain temps.

Il ne peut pas affirmer que l'acridinothérapie réussisse toujours à éviter l'apparition de complications, ce qui est fâcheux au point de vue pratique, en ce qu'on pourrait voir là un indice de l'activité du médicament, qui parfois aboutit à réveiller certains foyers latents, les mettant ainsi en évidence et par suite dans la possibilité d'être radicalement guéris.

L'acridinothérapie apporte donc, d'après l'auteur, une contribution qui n'est pas négligeable au traitement de la blennorragie, mais, d'accord en cela avec la plus grande partie des auteurs qui se sont occupés de cette question, elle doit être employée avec intelligence et discernement si l'on veut obtenir les meilleurs résultats thérapeutiques, en tenant bien compte de la forme gonococcique à laquelle on veut l'appliquer, et en ayant une connaissance suffisante de la technique et des règles à suivre pendant la cure elle-même. BELGODERE.

Contribution à l'étude de la sarcoïde sous-cutanée de Darier-Roussy, par PISACANE. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 1, janvier 1933, p. 36, 3 fig. Bibliographie.

Quand Darier et Roussy, en 1904, décrivirent pour la première fois la sarcoïde sous-cutanée, ils lui donnèrent cette appellation en raison de ses analogies histologiques avec la sarcoïde cutanée de Bœck. Ils ne se prononcèrent pas de manière formelle sur la nature de cette lésion, mais il leur apparut qu'il s'agissait d'un processus granulomateux chronique, d'origine probablement infectieuse.

Depuis, de nombreuses observations ont été publiées, mais la pathogénie n'a pu encore être élucidée de manière certaine et les opinions émises à cet égard sont assez contradictoires. On a incriminé : la syphilis, la leucémie, les corps étrangers (vaselinomes), la blastomycose. Mais c'est la tuberculose qui a rallié le plus de suffrages. La plupart des auteurs considèrent les sarcoïdes comme des *tuberculides*. Mais, s'il y a eu des cas où cette étiologie a pu être établie par la constatation du bacille de Koch et par les inoculations, dans d'autres on n'a pu apporter que des preuves histologiques. Or, on sait que de telles preuves n'ont qu'une valeur relative et que, notamment, la présence de tubercules ne permet pas de conclure d'une manière absolue à l'étiologie tuberculeuse bacillaire ; il s'agit d'un mode de réaction assez banal, dépourvu de spécificité et auquel peuvent aboutir des processus pathologiques de nature diverse.

Aussi le cas que rapporte P. est-il d'un intérêt tout particulier, car il est de ceux où la preuve de l'étiologie bacillaire a pu être établie de manière certaine.

Il s'agit d'une femme de 58 ans, ayant des antécédents héréditaires et personnels suspects au point de vue de la tuberculose, et qui présentait à la fesse des nodules ayant les caractères cliniques des sarcoïdes sous-cutanées, qui avaient du reste résisté au traitement de la syphilis. L'intradermo-réaction à la tuberculine était fortement positive. Les caractères histologiques révélaient une structure nettement tuberculoïde, mais sans bacilles visibles. L'inoculation au cobaye, par contre, donna un résultat positif des plus nets : ganglion à structure nettement tuberculeuse avec de nombreux bacilles, qui purent être cultivés sur milieu de Löwenstein ; l'animal ayant succombé, on constata des lésions de tuberculose généralisée.

Toutefois, si cette observation montre bien que *dans le cas rapporté*, l'étiologie tuberculeuse était certaine, l'auteur, prudemment, admet qu'il n'est pas pour cela démontré qu'il en soit nécessairement toujours ainsi, et qu'on ne peut pas, sur un cas unique, baser une conclusion de caractère général, car il se peut fort bien que la sarcoïde de Darier-Roussy soit l'aboutissant de causes de nature diverse. BELGODERE.

Acta Dermatologica (Tokyo).

Etudes expérimentales du spirochète pâle. Quelques observations et expériences sur la propriété agglutinante spécifique après des injections répétées de spirochètes culturels par la voie sous-arachnoïdienne chez les lapins, par Z. OHYA. *Acta Dermatologica*, t. XX, fasc. 3-4, 1932, p. 90 (en français).

Conclusions : on constate des agglutinines spécifiques non seulement dans le liquide céphalo-rachidien, mais encore dans le sérum après des injections sous-arachnoïdiennes d'émulsion salée de spirochètes culturels morts, chez les lapins : autrement dit les agglutinines spécifiques qui apparaissent dans le liquide céphalo-rachidien chez les lapins, après les injections sous-arachnoïdiennes, passent la barrière encéphalo-hématique et apparaissent dans le sérum.

Même fait observé après injections sous-arachnoïdiennes d'émulsion salée de spirochètes vivants, chez les lapins.

On observe des agglutinines spécifiques seulement dans le sérum, après des injections intraveineuses d'émulsion salée de spirochètes culturels morts, chez les lapins. Les agglutinines spécifiques apparues après injections intraveineuses ne franchissent pas la barrière hémato-encéphalique et les agglutinines n'apparaissent pas dans le liquide céphalo-rachidien.

On ne constate point d'agglutinines spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum après des injections répétées sous-arachnoïdiennes chez les lapins, de milieux culturels filtrés.

CH. AUDRY.

Sur les nævi : adénome sébacé (Pringle) (Der sog. Adenoma sebaceum (Pringlesche Krankheit), par T. IMAKITA. *Acta Dermatologica*, t. XX, 1932, p. 84.

4 observations : 2 hommes, 2 femmes. Tous diminués intellectuellement, ou idiots. CH. AUDRY.

Tricho-épithélioma papuleux multiple (Tricho-epithelioma papulosum multiplex), par IMAKITA. *Acta Dermatologica*, t. XX, 1932, p. 82.

Un cas type de la lésion décrite par Jahrisch (tricho-épithélioma) et Brooke (épithélioma adénoïde cystique) chez un homme de 23 ans ; la maladie était apparue à 14 ans. CH. AUDRY.

Medycyna (Varsovie).

Un cas de tabès avec troubles mentaux chez une fillette de 8 ans traitée par la malariathérapie, par MICHALOWSKI. *Medycyna,* n° 24, décembre 1932, p. 741.

En raison de sa rareté, M. public le cas d'une fillette de 8 ans, hérédo-syphilitique, présentant un tabès typique compliqué de troubles mentaux relevant vraisemblablement d'une paralysie générale concomitante. Cette enfant ne présentait ni atrophie du nerf optique ni troubles vésicaux, contrairement à ce qui est habituellement observé dans le tabès de cet âge.

La malariathérapie, suivie d'un traitement arséno-bismuthique, a notablement amélioré l'état mental de cette enfant et M. pense que l'impaludation devrait être employée plus souvent dans l'hérédo-syphilis nerveuse. S. FERNET.

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

La syphilis tertiaire active chez les hommes et chez les femmes, d'après les données du service clinique de l'Institut Vénéréologique d'Etat à Moscou, par Z. A. KRISTANOFF et B. L. REWZINE. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii* n° 7, juillet 1732, pp. 1-9.

Les auteurs analysent les données concernant la syphilis tertiaire manifeste acquise recueillies dans les observations cliniques des malades hospitalisés de 1922 à 1928 inclusivement dans le service de l'Institut Vénéréologique d'État à Moscou.

Pendant ces 7 années, ce service a traité 279 syphilitiques tertiaires actifs, 160 hommes (57,3 o/o) et 119 femmes (42,7 o/o). La répartition par années montre que le nombre des syphilitiques tertiaires actifs s'est accru progressivement jusqu'en 1927, puis ce nombre baisse notablement. La répartition par professions montre que la plupart des malades, hommes et femmes, étaient des paysans et paysannes (45 o/o), puis des ouvriers et ouvrières (31 o/o), mais ceci s'explique aussi par le fait que c'étaient justement ces deux catégories de malades qui étaient le plus souvent admis dans le service hospitalier. Les ouvriers et ouvrières étaient aussi des paysans venus pour travailler en ville pour une ou plusieurs saisons. Ceci prouve que la majorité des syphilitiques tertiaires florides se recrutent parmi les paysans infectés pendant la guerre et qui ont été traités d'une façon insuffisante ou nulle. Quant à l'âge, la plupart des hommes (65 o/o) étaient âgés de 20 à 40 ans et la plupart des femmes (50 o/o), de 15 à 30 ans. Les deux sexes ont donc eu des manifestations gommeuses pendant l'âge le plus actif de la vie. La syphilis ignorée a été constatée dans 53,1 o/o des cas chez les hommes et dans 75,8 o/o chez les femmes. Les accidents gommeux sont apparus chez les malades, tant hommes que femmes, au bout de 3 à 5 ans après l'infection dans 28,1 o/o des cas, au bout de 5 à 10 ans après

l'infection dans 25,8 o/o, au bout de 10 à 15 ans dans 23,4 o/o et de 15 à 20 ans dans 10,7 o/o. En ce qui concerne le traitement antérieur, les malades ne se sont pas soignés dans 62 o/o des cas, se sont mal soignés dans 37 o/o et bien dans 1 o/o. Quant à la localisation des accidents tertiaires, ils ont été le plus souvent observés à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané (45 o/o), puis aux os (23 o/o), ensuite aux muqueuses et sous-muqueuses (15 o/o), le périoste était atteint dans 10 o/o des cas, les articulations dans 3 o/o, les muscles dans 3 o/o et les glandes génitales dans 1 o/o. La réaction de Bordet-Wassermann du sang chez les hommes avant le traitement était fortement positive dans 86 o/o des cas, faiblement positive dans 6 o/o et négative dans 8 o/o. Chez les femmes, avant le traitement, le Bordet-Wassermann du sang s'est montré très positif dans 92 o/o des cas et négatif dans 8 o/o.

Après la première cure, la réaction du sang chez les hommes a donné 79 o/o de résultats fortement positifs, 9 o/o de résultats faiblement positifs et 12 o/o de résultats négatifs. Chez les femmes, la première cure a fourni 88 o/o de réponses très positives et 12 o/o de réponses négatives. Ceci prouve que le Bordet-Wassermann donne, dans la syphilis gommeuse active, très souvent une réponse positive et que cette positivité est très stable, car le traitement mixte (bismuth et néosalvarsan) ne le négative que lentement et difficilement. Le liquide céphalo-rachidien a été fortement positif dans 4 o/o des cas et faiblement positif dans 6 o/o ; chez les femmes, le liquide céphalo-rachidien a été positif dans 4 o/o des cas. Le Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien reste donc presque toujours négatif, même chez les malades, dont la séro-réaction est positive dans le sang. La majorité des malades, hommes et femmes, n'a reçu qu'une seule série de traitement mixte composée de novosalvarsan et de bijochinol (quinby russe). Les résultats de ce traitement ont été les suivants : cicatrisation des gommes dans 67,5 o/o, amélioration dans 20 o/o et état stationnaire dans 12,5 o/o des cas. L'alcoolisme a été observé chez les hommes dans 50 o/o des cas, chez les femmes dans 25 o/o. La combinaison de la syphilis gommeuse active avec des accidents nerveux a été enregistrée chez les hommes dans 22,5 o/o des cas et chez les femmes dans 10,5 o/o (paralysie progressive, tabès dorsalis et syphilis cérébrale). La coexistence de la syphilis tertiaire manifeste avec des lésions viscérales se rencontre beaucoup plus rarement : chez les hommes, dans 6,2 o/o des cas et chez les femmes, dans 5,9 o/o. Ces données s'opposent donc à la théorie du double virus syphilitique.

BERMANN.

Quelques mesures indispensables pour la lutte plus efficace contre la blennorragie, par A. I. PROUJANSKY. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nº 7, juillet 1932, pp. 9-13.

Les données statistiques publiées par les dispensaires antivénériens de Moscou prouvent que la blennorragie, tout en étant très répandue, manifeste cependant une tendance à la baisse. L'auteur essaie d'étudier

dans son article les causes de la grande fréquence de cette affection et trouve que, malgré une lutte bien organisée contre la blennorragie, il y a pourtant certaines lacunes et plusieurs défauts qui sautent aux yeux, si l'on examine les observations des malades. L'auteur s'est servi de 1.187 obsrvations de cas de blennorragie masculine se rapportant aux années 1928 et 1929. Tout d'abord, on constate que 430 malades habitant Moscou, soit 36,2 o/o, n'ont pas terminé leur traitement et qu'ils présentent, par conséquent, un danger dans le sens de la transmission de leur affection. La plupart des malades, notamment 61,8 o/o ont cessé leurs soins au cours du premier mois. Malgré toutes les mesures prises pour faire revenir les malades au dispensaire (convocations faites plusieurs fois par écrit), les malades n'y sont pas retournés. Ces 430 malades se répartissent ainsi, d'après leur position sociale : ouvriers, 54,9 o/o ; employés, 28,2 o/o ; chômeurs, 9,5 o/o ; étudiants, paysans, invalides, etc., 9,4 o/o. D'après l'état civil, ces malades comportaient 66 o/o de sujets mariés et 34 o/o de célibataires. Dans 11,6 o/o des cas, les malades mariés avaient eu des rapports sexuels avec leurs épouses pendant la période d'incubation. Dans 34,7 o/o, les malades avaient continué leur vie sexuelle durant le traitement. Dans cette dernière catégorie de malades incorrigibles, on trouve 52,8 o/o de sujets mariés et 42,7 o/o de célibataires. Et ceci, malgré les instructions les plus détaillées et formelles. Quant aux sources d'infection, elles se présentent ainsi : maîtresses attitrées, 33,1 o/o ; maîtresses occasionnelles, 26,5 o/o ; femmes légitimes, 16 o/o ; prostituées, 16,5 o/o ; sources non établies, 7,9 o/o. Actuellement, ce rôle de la prostitution est encore amoindri, car au fur et à mesure de la liquidation du chômage, il ne reste presque plus de prostituées. L'auteur trouve que les sources de contagion sont insuffisamment appelées au dispensaire. Ainsi, sur 392 « maîtresses attitrées », on n'en a convoqué que 36, soit 9,2 o/o. Sur 189 femmes mariées, on n'en a convoqué que 92, soit 50 o/o, et encore n'est-ce que 28 o/o qui sont venues pour se faire soigner, donc relativement peu.

L'auteur aboutit aux conclusions suivantes : le contrôle du traitement des malades blennorragiques doit être bien organisé. Les malades qui ont suspendu leur traitement doivent être convoqués au dispensaire en vertu de l'arrêt du gouvernement sur les malades contagieux et dangereux pour l'entourage. Les sources d'infection doivent être toujours convoquées au dispensaire et soumises au traitement, afin de prévenir l'extension de la blennorragie. BERMANN.

La syphilis « ignorée », par M. A. WEIN et B. N. SILBERMANN. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 7, juillet 1932, pp. 32-42.

Après avoir rapporté des considérations générales sur la syphilis ignorée, les auteurs passent à l'analyse des documents recueillis pendant 3 ans (1926-1927-1928) aux 3e et 4e dispensaires antivénériens de Moscou. Sur 5.913 cas de syphilis enregistrés au cours de cette période triennale, on trouve 1.146 cas de syphilis ignorée, donc 19 o/o. La

syphilis ignorée se rencontre plus souvent chez les femmes (33,5 o/o) que chez les hommes (18,5 o/o), la différence est presque du double. Par rapport à la syphilis latente, gommeuse et nerveuse (4.670 cas), la syphilis ignorée constitue une proportion de 24 o/o. Par rapport à la syphilis latente (3.555 cas), la syphilis ignorée constitue 31,5 o/o. Par rapport aux sexes, la syphilis ignorée chez la femme est observée dans 24,5 o/o des cas des femmes syphilitiques latentes ; chez l'homme, la syphilis ignorée est 2 1/2 fois moins fréquente, notamment 10 o/o des cas des hommes syphilitiques latents. Si l'on prend en considération que la syphilis ignorée était de 2 1/2 fois moins fréquente, notamment 10 o/o des cas totaux et chez la femme dans 20,5 o/o, l'on ne peut pas affirmer que la syphilis évolue d'une façon plus latente chez la femme que chez l'homme, comme le veut la notion courante. Les hommes sont plus instruits en général et en ce qui concerne la vénéréologie en particulier, ce qui explique la fréquence relativement petite chez eux de la syphilis ignorée. En effet, 37 o/o des cas de syphilis ignorée chez les femmes se rapportent aux ménagères, groupe peu cultivé, comportant un grand nombre de femmes peu lettrées et même illettrées. Par rapport au chiffre total des femmes syphilitiques, les ménagères comptent pour 31 o/o. Dans 30 o/o des cas de syphilis ignorée en général, il y avait des indications permettant de supposer la syphilis dans le passé. Dans 70 o/o, ces indications font complètement défaut. Par rapport aux sexes, 27 o/o des femmes ont noté des accidents cutanés suspects dans le passé, tandis que les hommes l'ont fait dans 33,4 o/o des cas de syphilis ignorée. Ces chiffres ne parlent pas non plus en faveur de la notion répandue que la syphilis prend une marche plus latente chez la femme que chez l'homme. Dans 20 o/o des cas de syphilis ignorée chez l'homme, on retrouve des indications sur le chancre mou antérieur, ce qui prouve que le chancre mixte chez eux a été pris pour une chancrelle et que la marche ultérieure de la syphilis a été assez bénigne pour ne pas éveiller des soupçons de syphilis. Dans 23 o/o des cas de syphilis ignorée, les malades se sont présentés pour des éruptions cutanées d'ordre banal, ce qui prouve qu'une certaine partie des malades manifeste une attention éclairée à l'égard de leur santé. Dans 22 o/o des cas, ces syphilitiques ignorés ont été adressés par des médecins de spécialités diverses. Dans 11,5 o/o, ces malades ignorés ont été découverts par des examens de famille. Dans 33,5 o/o, les malades ont été découverts parmi les femmes venues à la consultation pour femmes enceintes, allaitantes, se mariant, etc. Dans 79,5 o/o des cas de syphilis ignorée, la réaction de Bordet-Wassermann a été positive et dans 20,5 o/o négative. Parmi les hommes porteurs de gommes tertiaires, la syphilis ignorée a été décelée dans 42,5 o/o des cas ; pour les femmes, ce pourcentage était de 30,5 o/o. Sur les cas d'hommes atteints de syphilis nerveuse, le taux de syphilis ignorée était de 36,3 o/o ; pour les femmes, cette proportion est de 30 o/o. Ces 2 groupes de syphilis (gommeuse et nerveuse) ne prouvent donc pas que la syphilis ignorée

est plus fréquente chez la femme, comme c'est le cas pour la syphilis latente. Ces phénomènes s'expliquent par le fait que les syphilitiques gommeux et nerveux des deux sexes sont plus âgés et moins instruits que ceux ayant la syphilis latente et qui sont plus jeunes.

Les auteurs concluent que la syphilis ignorée a pour cause principale le manque de culture sanitaire et hygiénique et que, malgré la fréquence plus grande de la syphilis ignorée chez la femme, la syphilis ne manifeste pas chez elle une tendance à une évolution plus latente que chez l'homme. La syphilis ignorée est un phénomène d'ordre social contre lequel doivent lutter non seulement les médecins syphiligraphes, mais aussi ceux de toutes les spécialités qui doivent dans chaque cas dépister l'infection syphilitique et l'envoyer au dispensaire antivénérien. BERMANN.

Contribution à l'étude des propriétés du filtrat gonococcique, par A. J. PINKELSTEIN et M. J. TIMOKHINA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 7, juillet 1932, pp. 43-47.

Après avoir analysé les données bibliographiques relatives à l'antivirusthérapie, les auteurs constatent que les recherches expérimentales et de laboratoire, ayant pour objet le gono-antivirus, sont peu nombreuses.

L'article présent résume les recherches faites par les auteurs *in vitro* et *in vivo* (sur des lapins et des souris).

Les expériences de laboratoire avaient pour but l'étude de l'influence du gonofiltrat, de préparation plus ou moins récente, sur les gonocoques. Ces recherches ont montré que les filtrats arrêtent la croissance des gonocoques, parfois ils en provoquent même la mort. Les filtrats datant de 2-4 jours et préparés en partant de cultures de gonocoques prélevés à divers stades de la blennorragie n'arrêtent pas le développement des gonocoques ; dans les filtrats datant de 10 jours, ce développement est inconstant ; les filtrats datant de 20 jours n'ont jamais montré de croissance de gonocoques.

Les expériences sur des lapins injectés de filtrat en combinaison variée avec la culture de gonocoques ont prouvé que le gonofiltrat provoque et renforce même l'infiltration tissulaire due à la culture et qu'il n'atténue pas, ne neutralise pas, l'influence endotoxique de la culture de gonocoques.

Les expériences sur des souris blanches injectées intrapéritonéalement ont démontré que le gonofiltrat n'empêche pas l'action endotoxique des gonocultures ; les recherches microscopiques ont décelé que le filtrat provoque une leucocytose péritonéale, mais sans phagocytose notable ; le filtrat n'arrête pas le processus endotoxique.

L'étude de l'influence du gonofiltrat sur la réaction de sédimentation des globules rouges chez les lapins a également montré que le gonofiltrat ne possède pas des propriétés d'antivirus dans le sens de Besredka, mais fonctionne comme une gonotoxine.

Les observations cliniques faites dans 25 cas de blennorragie féminine à divers stades de la maladie ont montré que l'effet thérapeutique était nul et que les gonocoques persistaient pendant très longtemps dans les sécrétions. Sans le filtrat, les gonocoques disparaissaient plus rapidement et l'amélioration survenait plus vite. Le gonofiltrat n'agit donc que comme endotoxine. BERMANN.

Avons-nous besoin d'un antigène standardisé pour la pratique de la réaction de Bordet-Wassermann? par A. KARTAMYCHEFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nº 7, juillet 1932, pp. 47-52.

Après avoir constaté un grand nombre de résultats discordants de la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée avec le sang d'un même malade dans différents laboratoires sérologiques, et aussi dans le même, K. note que l'instruction russe admise pour l'exécution du Bordet-Wassermann ne met pas à l'abri de ces discordances, car la question des antigènes n'en reste pas résolue. Chaque institut ou laboratoire possède son propre antigène qui n'est jamais titré de la même manière. L'absence de l'antigène-type d'après lequel tous les extraits pourraient être comparés empêche aussi de comparer les résultats fournis par divers laboratoires.

L'auteur a fait des recherches sérologiques pour comparer les antigènes utilisés par les laboratoires centraux de Moscou, Leningrad, Kharkov et Kief. Il a pris 200 sérums sanguins qui se sont montrés très positifs aux réactions de Kahn ou de Meinicke ou avec l'un des 9 antigènes étudiés.

Les résultats de ces recherches ont été les suivants : la concordance complète des résultats avec tous les 9 antigènes a été observée dans 40 o/o des cas. La concordance incomplète, c'est-à-dire la différence d'un ou de deux + a été enregistrée dans 34,5 o/o. Les autres discordances ont été observées dans 25 o/o et les arrêts d'hémolyse dans 2,5 o/o.

L'auteur analyse en détail le groupe de ces « autres discordances » comportant des syphilitiques et des sujets sains. Il analyse la valeur et les défauts de chaque antigène et trouve qu'on ne peut à aucun attribuer le titre d'impeccable. Il conclut qu'il est temps de créer pour la Russie un Institut Central qui pourrait contrôler tous les antigènes pour les rendre standardisées d'après un seul type. Cette espèce d'institut existe déjà depuis 1919 en Allemagne et cela permet d'éviter toutes sortes de malentendus et d'erreurs qui nécessitent souvent une deuxième prise de sang au malade, ce qui n'augmente pas la confiance en la réaction sérologique dont on attend souvent la réponse nette et décisive.

BERMANN.

Un cas de blennorragie primitive isolée du canal para-urétral chez l'homme, par E. L. KROM. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nº 7, juillet 1932, pp. 53-54.

Un étudiant de 22 ans se plaint de sensations d'irritation et d'endo-

lorissement localisées au gland et n'ayant aucun rapport avec la miction. Pas de sécrétions uréthrales, mais on en trouve dans un canal para-uréthral. La maladie a débuté il y a 2 jours et est apparue au bout de 3 jours après un coït avec une étudiante. La confrontation permet d'établir la blennorragie chez cette étudiante. Le malade n'a jamais eu de maladies vénériennes antérieures. Le rapport sexuel avec l'étudiante était le seul qu'il ait eu pendant le dernier mois. Le malade présente un hypospadias. Au-dessus du méat urinaire, à la place où se trouve habituellement l'orifice externe du canal uréthral, on trouve un cul-de-sac borgne, long de 1/2 centimètre et ayant un calibre de N 18 de la filière Charrière. Ce cul-de-sac se prolonge encore de 1 cm. 1/2, mais ce prolongement est fin et ne communique pas avec l'urèthre. Tandis que le véritable canal a une muqueuse normale, celle du canal para-uréthral est hyperémiée. L'urèthre ne sécrète aucune sécrétion, les urines sont claires. Le canal para-uréthral laisse sourdre une goutte purulente contenant des gonocoques. On commence le traitement du canal para-uréthral au nitrate d'argent, tandis que le véritable urèthre est laissé sans soins. Au bout de 2 mois, la blennorragie du canal para-uréthral a tout à fait guéri. Bien que l'orifice externe du véritable urèthre se trouvât au-dessous du foyer malade et que les sécrétions virulentes aient un accès libre à l'urèthre et malgré l'absence de traitement prophylactique de ce dernier, la blennorragie ne l'a pas envahi. L'auteur l'explique par une résistance élevée de la muqueuse uréthrale et par une certaine immunité locale qui est déjà expérimentalement démontrée pour d'autres infections, par exemple strepto-staphylococciques.

Bermann.

Lichen plan zoniforme, par S. P. Arkhangelsky. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 7, juillet 1932, pp. 54-56.

Le malade est un mécanicien de navire de guerre, âgé de 21 ans, célibataire, originaire d'une famille paysanne saine et ne présentant aucun trouble viscéral. Son affection cutanée a débuté, il y a 3 semaines, par des papules rougeâtres non prurigineuses et non desquamantes, localisées à la face interne de l'avant-bras droit. Cette éruption a continuellement progressé.

Actuellement, l'affection se présente sous l'aspect d'une bande large de 3 centimètres commençant à la face interne du poignet, longeant l'avant-bras et qui, atteignant la face fléchissante du coude, gagne le côté externe du bras et l'épaule ; arrivée à l'acromion, cette bande se divise en deux, dont une longe le bord supérieur de l'omoplate et atteint le rachis, l'autre se dirige sur la poitrine jusqu'au sternum, à la hauteur de l'intervalle entre la 1re et la 2e côtes. La dermatose est constituée par les papules allant d'un grain de mil jusqu'à une demi-lentille. Les papules sont plates, rarement convexes ou déprimées, de couleur blanche ou rose opaque. Elles sont le plus souvent isolées, mais par places, elles ont une tendance à la confluence. La largeur

des bandes varie de 3 à 5 centimètres. Les papules sont tantôt espacées, tantôt très rapprochées. Au milieu de l'avant-bras, en dehors de la dermatose décrite, on trouve un placard composé d'éléments papuleux durs et acuminés. Aux deux paumes de la main, on trouve des foyers cornés circonscrits, avec rhagades et desquamation. L'éruption occupe le territoire des racines des nerfs cervicaux IV, V, VI et VII, d'après les conclusions du neurologiste. Les squames ne contiennent pas de parasites. Urines, sang, rien de particulier. Pirquet négatif. Le malade est traité par l'arsenic à l'intérieur et des topiques locaux. La maladie a régressé et a pris ensuite l'aspect de *lichen ruber* plan typique avec des papules irrégulières, déprimées, brillantes. Les particularités du cas consistent en son début brusque, en la présence de vésicules rappelant l'eczéma, en la coexistence de placards cornés aux paumes des mains. Le cas de l'auteur est analogue à celui que Sézary et Mamou ont présenté le 12 juin 1930 à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie avec le diagnostic de lichen plan linéaire.

BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Les affections communes de la peau (Common skin diseases), par A. C. Roxburgh. 1 vol. de 322 pages avec 8 tableaux et 110 figures. H. K Lewis et Co Ltd, Londres, 1932. Prix : 18/.

Ce livre, qui fait partie d'une série de précis de médecine pratique, s'adresse aux étudiants et aux praticiens. Son but est d'initier à la dermatologie en donnant des notions claires, précises, volontairement allégées de tout ce qui n'a pas d'application pratique directe.

Les dermatoses communes étant seules décrites, certains groupes d'affections se trouvent éliminés telles les affections congénitales, les affections bulleuses, les atrophies, les sclérodermies, les érythrodermies, les troubles pigmentaires, etc.

Ce qui fait l'originalité de ce livre, c'est la place qui y est réservée au diagnostic différentiel, le plus utile au praticien, mais aussi le plus difficile. On trouve dans les premiers chapitres, en regard des définitions des lésions élémentaires, des chiffres se reportant aux affections dans lesquelles elles sont observées et des tableaux limitant les recherches suivant les localisations et les autres particularités de chaque cas.

Ce volume est édité avec le plus grand soin ; le choix des photographies est particulièrement heureux. S. Fernet.

Les mycoses (Fungous diseases), par Harry P. Jacobson. 1 vol. de 317 pages avec 154 figures et 427 indications bibliographiques. Baillière, Tindall et Cox. Londres, 1932. Prix : 30/.

L'extension considérable du domaine de la mycologie a rendu son étude extrêmement ardue pour l'étudiant et le praticien. Les grands traités ne sont pas à la portée de tous et les nombreux travaux parus dans les périodiques sont fragmentaires et conviennent plus aux savants qu'aux praticiens. Pour combler cette lacune, J. présente un *Précis de mycologie clinique* dont le but est d'être facilement compréhensible, clair, simple et concis. Les controverses d'ordre botanique ont été négligées au profit des questions pratiquement importantes : aspect microscopique, cultures, identification, technique mycologique, description clinique, traitement, etc.

La classification adoptée est purement clinique et divise le sujet en :

1° Dermatomycoses ou mycoses primitivement cutanées, n'intéressant habituellement pas les viscères : saprophytes, trichophyties, microspories, favus, épidermophytie, etc.

2° Mycoses cutanées ou muqueuses s'accompagnant occasionnellement de localisations viscérales : moniliases (comprenant toutes les levures),

mycétome, sporotrichoses, blastomycoses, actinomycoses, coccidioïdose.

3° Mycoses viscérales s'accompagnant occasionnellement de localisations cutanées ou muqueuses : torulose, aspergillose.

Habitant à Los Angeles (Californie), J. s'est spécialement consacré à l'étude du Granulome à coccidioïdes, particulièrement fréquent dans ce pays, et lui consacre un chapitre du plus haut intérêt.

Ce livre répond parfaitement à son but et comble une lacune qui, de jour en jour, se faisait plus grande. S. Fernet.

L'étude objective du tempérament, par Lenclos. Un vol. in-18. Peyronnet, Paris 1932.

L'étude des tempéraments a, de tous temps, inspiré de nombreux travaux et des classifications diverses. L. montre aux médecins comment étudier le tempérament individuel à l'aide de la chiromancie, de la physiognomie, de la graphologie et même de l'astrologie. Il établit aussi des correspondances entre les types planétaires et les syndromes endocriniens et, d'autre part, les correspondances qui relient ces mêmes types planétaires aux types homéopathiques décrits d'après Hahnemann. Il y a là une matière médicale originale qui mérite de retenir l'attention. H. Rabeau.

La lèpre, par E. Burnet. Un vol. in-18. Flammarion, éditeur, 1932.

L'auteur, chargé par la Société des Nations de faire une enquête mondiale sur la lèpre, a parcouru le monde pour étudier la question. Ce n'est pas un rapport qu'il nous donne, mais une étude attachante de la lèpre depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. On suit l'auteur dans ses visites aux léproseries des Indes, du Japon, des Philippines et le voyage est passionnant. Il nous montre ce qu'est une léproserie, nous initie aux méthodes de traitement moderne, nous instruit de la psychologie du lépreux. Ce que doit être la prophylaxie, la croisade qu'il y a lieu d'entreprendre, le rôle que la France, avec son empire colonial, est appelée à y jouer, sont autant de sujets que B. étudie de façon remarquable. Ce livre ne s'adresse pas seulement aux médecins, il est à souhaiter que le grand public le lise, connaisse le problème de la lèpre et apporte son aide dans la lutte entreprise.

H. Rabeau.

Les maladies de la peau. Guide pour étudiants et médecins (Die Hautkrankeiten. Leitfaden für Studerende und Arzte), par K. Herxheimer et Edmund Hoffmann. 274 pages et 56 figures. Berlin, 1933 (Karger).

Ce serait trahir les auteurs de cet excellent petit livre que de ne pas traduire entièrement le titre de l'ouvrage. En effet, c'est un livre élémentaire, qui peut, du reste, n'être pas inutile au dermatologiste de carrière, à cause de sa précision et de sa clarté. Il est bien divisé, bien formulé, bien imprimé. Les figures sont excellentes et instructives. Ce volume (dont c'est la seconde édition) ne pouvait être écrit que par des

dermatologistes très expérimentés, et il rendra au praticien d'excellents services. Mais si les auteurs avaient consenti à lui donner plus d'étendue, ils auraient aussi été d'un plus grand secours pour le dermatologiste de profession. Ils ont complètement exclu (et avec raison, me semble-t-il) l'étude de la syphilis. Je me demande aussi s'il n'était pas utile de procéder un peu plus « historiquement » dans la délimitation des grands types morbides ; il y a des inconvénients à représenter la dermatologie comme trop facile. CH. AUDRY.

Introduction à la Dermatologie (Un livre pour étudiants) (Einführung in die Dermatologie. Ein Buch für Studenten), par W. KRANTZ. Voss. éd. Leipzig, 1933.

Ce livre de 350 pages (avec 37 schémas), me paraît bien devoir atteindre son but, qui est de fournir aux étudiants les notions nécessaires pour aborder l'étude clinique des maladies cutanées. L'exposition est claire, suffisamment abondante ; le plan est aussi bon que dans tout autre manuel ; il réussit à mettre à portée de l'étudiant l'usage d'une nomenclature qui est toujours difficile à bien établir. Au praticien, il peut servir d'aide-mémoire. En somme, il est très recommandable pour le commençant qui. d'ailleurs, y trouve aussi les éléments préalables à l'étude de la syphilis et répond exactement aux intentions purement didactiques de l'auteur. CH. AUDRY.

Les conjonctivites de nature anaphylactique. Pathogénie de la conjonctivite printanière, par Henri LAGRANGE et S. DELTHIL. Un vol. in-8, 70 pages. Doin, éditeur, Paris, 1932.

Cet ouvrage reproduit intégralement deux notes de H. Lagrange, publiées, l'une en 1922, dans les *Archives d'Ophtalmologie*, la seconde en 1928, dans les *Annales d'Oculistique*, notes que suit la thèse de Mlle S. Delthil.

On y trouvera un cas typique de conjonctivite due aux émanations du bois fraîchement coupé, des observations de conjonctivite printanière chez des neuro-arthritiques dysendocriniens, chez des asthmatiques et des conjonctivites anaphylactiques chez une malade atteinte d'oxyurose, une sensibilisée au poil de chat, une à la laine.

L'éosinophilie locale n'est pas rare.

Un certain nombre de cas sont améliorés par l'opothérapie.

A. BOCAGE.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie — Hôpital Saint-Louis.

Professeur : M. GOUGEROT

COURS DE PERFECTIONNEMENT

Dermatologie et Vénéréologie.

Le prochain cours de Dermatologie *aura lieu du 2 au 28 octobre 1933.*

Celui de Vénéréologie et Syphiligraphie *aura lieu du 30 octobre au 25 novembre 1933.*

Celui de Thérapeutique Dermato-Vénéréologique *aura lieu du 27 novembre au 20 décembre 1933.*

Un cours de Technique de Laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 450 fr.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, 40, Rue Bichat, Paris (X^e^).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.) de Physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de Thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc...

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures (On peut s'inscrire par correspondance).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr BURNIER, Hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin).

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD

TRAVAUX ORIGINAUX

RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS HISTOLOGIQUES D'ÉPITHÉLIOMAS DE LA PEAU (PLUS PARTICULIÈREMENT CEUX DE LA TÊTE) SUIVANT LES RÉGIONS ANATOMIQUES, LE SEXE ET L'AGE

Par A. LACASSAGNE
Institut du Radium, Paris.

Si, parmi les rares facteurs étiologiques, assez communs pour qu'on soit tenté de chercher le rôle qu'ils jouent dans l'apparition de la maladie cancéreuse, l'âge se place en première ligne — le cancer ne devenant une affection fréquente qu'à partir de la quarantaine —, son inégale répartition suivant le sexe mérite qu'on s'y arrête également. C'est une notion classique, depuis fort longtemps, que tel organe ou tel système fournit une proportion de cancers très différente chez les hommes et chez les femmes. Dans les pays où, grâce à une bonne organisation des services d'anatomie pathologique, l'autopsie du plus grand nombre des malades décédés dans chaque hôpital est systématiquement exécutée par un personnel compétent, de nombreuses statistiques ont bien établi le fait. Toutes concordent sensiblement, quel que soit le pays à population de race blanche où une enquête sérieuse ait été menée. Elles permettent de classer comme suit les principales localisations de cancer, d'après leur prédominance marquée ou légère dans l'un ou l'autre sexe :

a) Parmi les cancers à prédominance marquée dans le sexe masculin, on trouve : ceux du pharynx et du larynx, de la cavité buccale, de l'œsophage, des lèvres, de la vessie ;

b) Parmi les cancers à prédominance légère dans le sexe masculin : ceux de l'estomac, du rectum, du pancréas, des poumons ;

c) Parmi les cancers à prédominance marquée dans le sexe féminin : ceux des organes génitaux et des glandes mammaires ;

d) Parmi les cancers à prédominance légère dans le sexe féminin : ceux du foie et des voies biliaires, de l'intestin, de la thyroïde.

Si les cancers de la peau ne figurent pas dans cette énumération, c'est parce que les opinions varient à leur sujet, et qu'ils ont été estimés un peu plus fréquents tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre sexe, suivant les auteurs.

Il semble qu'il reste encore des enseignements à tirer de l'influence du sexe sur la prédisposition à certaines localisations et à certaines variétés histologiques de cancers. A ce point de vue (comme à tant d'autres) les épithéliomas de la peau offrent un objet d'étude particulièrement favorable. Aussi ai-je recherché les indications que pouvaient fournir, sur ce sujet, l'étude des observations recueillies à l'Institut du Radium de Paris depuis 1919, date d'ouverture des services thérapeutiques de cet établissement.

Les observations de tous les malades traités à l'Institut Curie sont rangées d'après une classification fondée sur l'histologie du cancer et le siège initial de la lésion. Les épithéliomas de la peau et des orifices cutanéo-muqueux sont subdivisés, d'après le point de départ de la tumeur au niveau des principales régions anatomiques (1). Le tableau ci-après reproduit la classification telle qu'elle est établie pour les épithéliomas cutanés et cutanéo-muqueux, et indique le nombre des cas traités, pour chaque localisation, en 13 années (de 1919 à 1932) et leur proportion dans chaque sexe :

(1) En ce qui concerne les épithéliomas de la tête, sur lesquels va plus particulièrement porter cette étude, nous ferons remarquer qu'un petit nombre de cas ont été difficiles à classer et parfois arbitrairement rapportés à telle ou telle région : par exemple, quelques cancers ayant pris naissance à la limite de deux régions anatomiques ; et aussi certaines tumeurs très étendues, dont il n'a pas été possible de faire préciser par le malade le point de départ ; enfin des récidives post-opératoires. Mais, presque toujours, le classement adopté s'imposait.

	H.	F.	Total
I. — Régions orbito-palpébrales	91	113	204
II. — Région nasale	156	218	374
III. — Région labiale (supérieure)	26	20	46
(inférieure)	209	18	227
IV. — Régions auriculo-mastoïdiennes . . .	73	29	102
V. — Région fronto-sourcilière	14	65	79
VI. — Régions temporo-zygomatiques. . . .	59	84	143
VII. — Régions génio-massetérines	85	100	185
VIII. — Région mentonnière	6	8	14
IX. — Cuir chevelu.	2	12	14
X. — Région anale	4	17	21
XI. — Région vulvaire.		43	43
XII. — Région pénio-scrotale.	33		33
XIII. — Cou	7	6	13
XIV. — Tronc	5	3	8
XV. — Membres	24	9	33
XVI. — Localisations multiples	38	49	87
	832	794	1 626

Comme on le voit, ces totaux semblent donner raison à ceux qui estiment les épithéliomas de la peau un peu plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, puisque ceux-ci figurent en proportion de 51 o/o dans notre statistique. D'autant qu'il importe de ne pas oublier que les recensements de la population en France, et plus particulièrement dans la région parisienne, indiquent un pourcentage d'environ 52 femmes pour la population au-dessus de 10 ans, de 54 pour la population au-dessus de 40 ans, et de 55 pour la population au-dessus de 60 ans (1). Mais la légère prédominance masculine, que nous venons de constater dans la distribution des épithéliomas de la peau, provient en réalité de ce que ceux des revêtements cutanéo-muqueux des orifices ont été inclus dans le groupe des cancers cutanés. Or, cette confusion ne semble légitime à aucun point de vue. Les cancers des revêtements cutanéo-muqueux s'apparentent, en effet, beaucoup plus avec les épithéliomas des muqueuses dermo-papillaires qu'avec ceux de la peau ; d'abord à cause de la structure normale de l'épithélium dont ils procèdent, et aussi par les modifications pathologiques que celui-ci subit et qui peuvent conditionner l'apparition d'une transformation maligne, la leucoplasie par exemple. C'est ainsi que l'épithélioma de la lèvre inférieure, qui prend presque toujours son origine sur

(1) Ces renseignements m'ont été obligeamment fournis à l'Office national d'Hygiène sociale, par le docteur Bourguin auquel j'exprime mes remerciements.

le segment muqueux de l'organe, doit être considéré, au point de vue étiologique, histologique, clinique et évolutif, comme plus voisin des cancers de la bouche que de ceux de la peau. Le fait que, comme les épithéliomas de la cavité buccale, il frappe l'homme dans une proportion de 90 pour 10 femmes, confirme cette manière de voir. Mais, dès lors que nous soustrayons, de 1.626 épithéliomas dont nous avons donné la liste, 370 épithéliomas des lèvres, de l'anus (cancer beaucoup plus fréquent chez la femme) et des régions génitales, nous arrivons à la proportion de 560 hommes et de 696 femmes sur 1.256 épithéliomas cutanés proprement dits. Il y a donc une fréquence apparemment plus marquée des épithéliomas de la peau dans le sexe féminin. La proportion de cette supériorité (55 contre 45) représente exactement la supériorité numérique des femmes dans une population ayant dépassé 60 ans. L'épithélioma de la peau frappe donc en aussi grand nombre les individus mâles et femelles.

En revanche, à ne s'en tenir qu'aux cancers de la face, le tableau précédent met en évidence d'importantes variations dans la répartition, suivant les sexes, des épithéliomas des différentes localisations cutanées. S'il y a égalité de fréquence (c'est-à-dire une majorité féminine d'environ 55 o/o) pour les épithéliomas des paupières, des joues et du menton, on rencontre ceux du nez et des régions temporo-zygomatiques avec une fréquence un peu plus grande chez la femme (58 o/o) ; quant aux épithéliomas du front et du cuir chevelu, ils constituent presque un apanage de la femme (près de 85 o/o). La région auriculo-mastoïdienne est la seule qui fournisse un nombre plus grand d'épithéliomas dans le sexe masculin (71 o/o).

Pour ce qui concerne l'âge respectif des patients, j'ai pris, comme élément de comparaison, celui qu'avait le malade au moment de son traitement. Or, beaucoup d'épithéliomas cutanés étant des cancers à marche lente, on commet une inexactitude en comparant des néoplasmes dont les dates d'apparition peuvent varier depuis quelques mois, jusqu'à 5, 10, 15 ans et plus. Mais on peut estimer que l'erreur, apportée dans ces statistiques par les inégalités dans l'évolution des cancers, est moins trompeuse que celle qui les entacherait inévitablement si la date d'apparition de la tumeur

maligne était fournie par l'interrogatoire et subordonnée, par conséquent, à la mémoire et à l'interprétation des malades.

Le tableau suivant, où figurent les 1.626 cas considérés, permet de se rendre compte de la fréquence des cancers cutanés aux différentes périodes décennales de la vie.

	11 à 20	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
H . .	1	7	32	93	218	280	169	32
F. . .	0	6	26	70	130	279	223	60

Bien que le maximum d'incidence de ces cancers corresponde à la 7e décade de la vie pour l'un et l'autre sexe, on se rend compte toutefois que, dans l'ensemble, les hommes sont atteints à un âge moins avancé que les femmes. En effet, alors que 58 o/o des 832 hommes avaient dépassé la soixantaine, c'était le cas de 70 o/o parmi les 794 femmes ; à partir de la 8e décade, le nombre de celles-ci l'emporte de beaucoup.

Considérons maintenant les seuls épithéliomas de la peau de la tête, ceux des lèvres étant également exclus :

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
H. . . .	4	13	48	111	177	112	21
F. . . .	5	18	59	99	222	180	46

La proportion des femmes s'accroît de ce fait, et atteint 60 o/o ; en revanche, la différence constatée entre les sexes en ce qui concerne l'âge tend à se réduire : le pourcentage des individus âgés de plus de 60 ans étant de 63 pour les hommes et de 71 pour les femmes.

Avant d'aborder l'étude particulière de chacune de ces localisations d'épithéliomas cutanés, il importe de définir le vocabulaire qui sera utilisé pour leur classement histologique.

A. — CLASSIFICATION DES ÉPITHÉLIOMAS DE LA PEAU

On n'est pas parvenu à s'entendre sur une classification des épithéliomas primitifs de la peau. La difficulté, non résolue, consiste à établir une correspondance satisfaisante entre les trois points de vue clinique, histologique et histogénétique.

I. — *Classification clinique.*

On distingue trois espèces principales de cancers épithéliaux de la peau : l'ulcus rodens, le cancroïde et le nævo-carcinome.

Il semble que c'est en 1827 que la première de ces néoplasies a été isolée, par Jacob, du groupe mal défini des lésions dites *noli me tangere*, dans lequel elle était jusqu'alors confondue. Ce dermatologiste attire l'attention sur les particularités d'un ulcère : qui atteint et détruit les paupières, s'étend à la conjonctive, à l'orbite et aux autres parties de la face ; qui est caractérisé par l'extraordinaire lenteur de sa progression, l'aspect des bords et du fond de l'ulcération, le faible degré de la douleur, son incurabilité à moins d'exérèse, et par l'absence de contamination des ganglions lymphatiques voisins ; il s'agit donc d'une maladie de nature particulière, ne devant être confondue ni avec le vrai carcinome, ni avec le lupus et les autres *noli me tangere*. A cette première description clinique de l'*ulcus rodens*, il n'y a rien à reprendre.

Dans chacun des deux grands groupes d'épithéliomas cutanés — *ulcus rodens* et cancroïdes — on a distingué des formes cliniques, relatives surtout à leur mode de début. L'*ulcus rodens* peut se manifester initialement et évoluer plus ou moins longtemps comme un nodule interstitiel, une ulcération, une infiltration scléreuse. De même le cancroïde, à son début, revêt l'aspect tantôt d'une ulcération, tantôt d'un bourgeonnement, tantôt d'une induration.

En pratique, si le diagnostic exact entre les deux espèces d'épithéliomas s'établit le plus souvent par le seul examen clinique, la vérification histologique systématique montre que les meilleurs dermatologistes se trompent quelquefois sur l'aspect des lésions à leur période d'état. Le microscope est souvent seul capable de déterminer l'espèce d'un cancer cutané au début.

II. — *Classification histologique.*

Les nombreux pathologistes qui ont tenté de classer les épithéliomas de la peau d'après leur structure microscopique ont tous reconnu les difficultés d'être à la fois exact et simple. La plupart

de ces classifications, s'appuyant sur des aspects morphologiques, ont distingué deux espèces principales (les nævo-carcinomes mis à part) qui correspondent assez bien, l'une aux cancroïdes, l'autre aux *ulcus rodens*. Le caractère, qui est apparu à chaque auteur comme le plus important, a été mis en évidence dans la dénomination de ces cancers. C'est ainsi qu'on a distingué des épithéliomas : *infiltrants* et *plans*, *lobulés* et *tubulés*, *cornés* et *non cornés*, *adultes* et *embryonnaires*, *spinocellulaires* et *basocellulaires*, *épidermoïdes* et *non épidermoïdes*, etc...

Dans ces dernières années encore, Rubens Duval et Lacassagne (1922), del Rio-Hortega et Alvarez Cascos (1930) se sont efforcés de préciser les variétés architecturales et structurales des épithéliomas cutanés. Malgré tous ces efforts, la confusion qui persiste parmi les histo-pathologistes prouve l'insuffisance de leurs classifications. Les quelques caractères considérés comme distinctifs sont souvent en défaut, puisque, quel que soit le détail sur lequel se fonde la terminologie, on a proposé d'admettre des *épithéliomas intermédiaires*, offrant, à l'état incomplet ou ébauché, le caractère-type de l'une et de l'autre des deux espèces d'épithéliomas cutanés.

III. — *Classification histogénétique.*

Comme l'a écrit Ribbert, « l'histogénèse doit être pour nous la base fondamentale, ou tout au moins le but de nos efforts ». De fait, une meilleure connaissance de l'origine des cancers de la peau fournirait des éclaircissements sur leur pathogénie et permettrait sans doute de distinguer des formes, pour chacune desquelles on pourrait mieux fixer des indications thérapeutiques rationnelles.

L'identification des cancers épithéliaux de la peau s'est établie, en ce qui concerne leur origine, au cours de la deuxième moitié du siècle dernier, au fur et à mesure que les histologistes se libéraient de la conception de Virchow, lequel voyait dans la prolifération du tissu conjonctif le point de départ de toutes les néoplasies. L'origine des cancers de la peau est reconnue, non seulement dans l'épiderme, mais aussi dans ses dérivés. C'est ainsi que Lebert (1845) admet qu'ils peuvent se développer à partir des glandes sudoripares, thèse qui sera appuyée ensuite par Verneuil (1854); Führer (1851) décrit un épithélioma de la lèvre d'origine pilaire, et Robin

(1852) des cancers des glandes sébacées. Cependant Hannover (1852), qui fait dériver de la couche de Malpighi de l'épiderme les néoplasmes de la peau, inaugure pour les désigner le mot d'épithélioma (1).

Mais c'est à Thiersch (1865) que revient le mérite d'avoir établi l'origine exclusivement épithéliale des épithéliomas cutanés (que ce soit à partir de l'épiderme ou de ses dérivés) ; cette opinion du chirurgien allemand devait être confirmée par l'histologiste Waldeyer (1867).

Cependant, les dermatologistes anglais finissent de donner à l'*ulcus rodens* son individualité, en superposant, à sa définition clinique, des images microscopiques et une interprétation histogénétique satisfaisante. Pour la majorité d'entre eux, alors que les cancroïdes dérivent de l'épiderme de revêtement, les *ulcus rodens* naissent des annexes de la peau : pour T. et C. Fox (1879) et pour Bowlby (1894), ils proviennent de la couche externe de la racine des follicules pileux, cependant que Paul admet une origine plutôt sébacée et Walker plutôt sudoripare. La clarté des conceptions auxquelles on était parvenu à la fin du siècle dernier relativement à l'*ulcus rodens* apparaît à la lecture de l'article de Dubreuilh et Auché (1901) ; ces auteurs considèrent comme établi que ce néoplasme « prend son origine dans le système pilo-sébacé, plus particulièrement sur la partie profonde du collet folliculaire, au niveau de l'ouverture des glandes sébacées, mais souvent sur la partie susjacente du collet et au niveau des glandes sébacées ».

Cependant, à la même époque, l'histogénèse des cancers de la peau était restée, pour les anatomo-pathologistes allemands, un sujet embrouillé, dans lequel une place importante était attribuée aux endothéliomes. Avec le louable projet d'apporter un peu de clarté dans ce problème, intervient alors Krompecher, dont les travaux vont avoir la fâcheuse conséquence de replonger la question des épithéliomas de la peau dans une confusion générale.

Dans un premier travail paru en 1900, le pathologiste de Buda-

(1) Ce mot est employé, en terminologie de langue allemande surtout, pour désigner toutes les tumeurs épithéliales, bénignes ou malignes ; celui de carcinome désignant les cancers épithéliaux. Nous lui conserverons ici le sens de tumeur maligne d'origine épithéliale, s'opposant à la classe des sarcomes.

pest soutient que certaines tumeurs, considérées par quelques auteurs comme des endothéliomes, sont en réalité des carcinomes qui méritent une place intermédiaire entre le cancroïde et l'adéno-carcinome. Il propose la dénomination de *carcinoma epitheliale adenoides*. A l'appui de cette thèse, il apporte l'étude histologique de 21 tumeurs, dont le siège était 13 fois le visage, 5 fois la mamelle, 1 fois le dos, 1 fois la langue et 1 fois le col utérin. L'origine la plus fréquente de ces néoplasmes particuliers se trouve dans la peau, où ils semblent correspondre à la forme clinique *ulcus rodens*. Histologiquement, il en décrit 6 types, plusieurs de ceux-ci pouvant d'ailleurs se combiner dans une même tumeur, soit entre eux, soit avec un véritable cancroïde corné. Ce sont, d'après l'aspect des formations épithéliales : les carcinomes plein (solidum), adénoïde, kystique, parakératoïde; et d'après l'aspect du stroma : les carcinomes hyalin et myxomateux. Ces cancers proviendraient de la prolifération des cellules cylindriques, qui forment une couche basilaire unique autour des prolongements interpapillaires du corps muqueux de Malpighi et autour des formations épithéliales dérivées de la peau, cellules qui, tout en se multipliant, conserveraient leur caractère embryonnaire.

Quelques années plus tard, les idées de Krompecher sont devenues plus catégoriques, mais aussi plus dogmatiques. En 1903, il consacre une volumineuse monographie au « Bazalzellenkrebs », appellation qui remplace désormais celle, antérieurement proposée par lui, pour désigner un groupe de tumeurs dont il étend considérablement le cadre. Ce cancer s'oppose au spinocellulaire et, en ce qui concerne la peau, comprend la plupart des carcinomes non cornés. En effet, tous les *ulcus rodens*, et même une partie des mélanocarcinomes rentrent dans ce groupe, dont il faut extraire seulement 5 o/o de formes mixtes (spino-baso-cellulaires), un très petit nombre de formes de transition (carcinomes cubo-cellulaires) et les mélanocarcinomes cubo-cellulaires. Cette classification lui paraissant donner une définition satisfaisante des cancers de la peau, il pense qu'elle pourrait être étendue à ceux des muqueuses dermo-papillaires et même à ceux d'autres organes. Il décrit des baso-cellulaires de la gencive, de l'œsophage, de la muqueuse nasale, du pharynx, du col utérin, de la vessie. Il classe encore, parmi les baso-cellulaires, des cancers dont la structure ressemble

à celle des tumeurs qu'il a décrites au niveau de la peau et qui proviennent des glandes abouchées à un épithélium stratifié. Ce sont, en sus des glandes sudoripares, sébacées et de Meibomius : la mamelle, les glandes salivaires, la prostate. Enfin, il y fait même rentrer quelques carcinomes de l'ovaire, du testicule et certains neuro-épithéliomes rétiniens.

Le premier travail de Krompecher avait déjà soulevé des objections de von Hansemann (1902) se refusant à admettre que l'épiderme puisse donner naissance à deux espèces distinctes de cancers, provenant l'une de ses cellules basales, l'autre de ses cellules spineuses, c'est-à-dire aux dépens d'un seul et même élément à deux stades différents de son évolution. La publication de « Basalzellenkrebs » va raviver les critiques : les controverses de Krompecher avec Borrmann, von Hansemann, Ricker, etc., dureront une vingtaine d'années.

Il est juste de reconnaître que les laborieuses publications de Krompecher apportaient une meilleure description histologique et un meilleur classement des variétés, parmi les cancers non cornés de la peau. Son effort pour rapprocher de ceux-ci certaines tumeurs d'autres organes, présentant et les mêmes caractères cliniques (lenteur d'évolution et absence de métastases) et des images microscopiques voisines, comme le cylindrome, les tumeurs mixtes des glandes, était, par certains côtés, justifié. On ne peut lui faire grief d'avoir cherché à mettre un peu d'ordre dans le fatras de la nomenclature histopathologique des auteurs allemands. Mais, dans son désir de simplification, il a commis l'erreur de tomber dans l'excès inverse : sa conception de l'origine du baso-cellulaire, aux dépens de la couche germinative de l'épiderme et de ses dérivés, éludait les difficultés, mais ne pouvait résister à la critique comme l'ont bien prouvé les discussions ultérieures ; l'extension aux cancers des muqueuses du vocable « Bazalzellenkrebs », choisi pour désigner les *ulcus rodens* de la peau, entraînait à des assimilations erronées et cliniquement insoutenables.

En 1905 déjà, répondant aux objections de Borrmann, Krompecher doit convenir : que beaucoup de cancers baso-cellulaires prennent naissance au-dessous de l'épiderme, indépendamment de lui, et le refoulent sans avoir de relation avec lui ; que souvent la continuité entre la tumeur et l'épiderme n'a été acquise que secon-

dairement; que l'origine d'un certain nombre de cancers de la peau à partir de la couche basale de l'épiderme est moins facile à démontrer qu'il ne l'avait préalablement admis. Il se défend, d'ailleurs, d'avoir jamais soutenu que les cancers basaux et spineux proviendraient de deux couches différentes de l'épiderme « dass ich nie die Meinung gewesen bin, dass die Basalzellenkrebse aus einer anderen Epithelschicht hervorgehen als die Cancroide ». Il précise enfin sa pensée : tous les cancers de la peau (aussi bien les spino que les baso-cellulaires) proviennent de la multiplication des cellules de la couche basale ; si les cellules néoformées se différencient et acquièrent des filaments d'union, alors on a un cancroïde; si au contraire elles conservent leur caractère basal, alors il y a production d'un baso-cellulaire. Ceux-ci sont donc des cancers dont les cellules ressemblent morphologiquement à celles de la couche basale de l'épiderme.

Lorsqu'on trouve, ramenée à cette explication (qui avait déjà été exposée bien plus clairement par Fabre-Domergue en 1898), la théorie de Krompecher, à l'édification de laquelle il avait consacré de si copieux mémoires, alors on est enclin à donner raison à von Hansemann, disant que Krompecher n'avait rien apporté de nouveau, qu'un mot impropre !

Or, il est arrivé ceci, que tout ce qu'il y avait d'intéressant dans les travaux de Krompecher (en particulier sa subdivision des variétés des épithéliomas non épidermoïdes de la peau et leur description) est tombé dans l'oubli. Les seules choses qui sont restées et qui tendent même à devenir classiques dans certains pays, ce sont : *a*) les mots impropres (tant il est vrai qu'en médecine aussi, les mots ont, sur la majorité des hommes, plus d'emprise que les idées); *b*) l'erreur, injustement attribuée à Krompecher et qu'il a rejetée, à savoir que les *ulcus rodens* et les cancroïdes proviendraient de deux couches différentes de l'épiderme ; *c*) l'extrême simplification de la terminologie qui, pour désigner les épithéliomas, quels que soient leur origine, leur évolution clinique, leur structure ou leur siège, se résume dans trois mots : spinocellulaire, basocellulaire et cylindrique.

Si la conception de Krompecher n'a guère trouvé de crédit chez les histologistes, ceux-ci n'ont pas encore réalisé un accord, ni sur l'histogénèse précise des cancers non épidermoïdes de la peau, ni sur l'appellation à leur donner. Borrmann (1904) démontre, au

moyen de coupes en série de cancers cutanés au début, leur origine dans le chorion, indépendamment de l'épiderme, d'où le nom de *coriumcarcinom* sous lequel il les désigne. Il explique leur origine par la présence, fréquente dans la peau de la face, d'inclusions épidermiques embryonnaires, qui peuvent évoluer en cancers, présenter un degré variable de différenciation, se rapprocher plus ou moins des glandes sudoripares ou sébacées, et s'associer fréquemment à du tissu conjonctif embryonnaire pour constituer des tumeurs fibro-épithéliales.

Coenen (1907) revient à l'opinion des anciens auteurs anglais et français, et admet que les baso-cellulaires de Krompecher proviennent des formations dérivées de la peau : glandes sébacées et sudoripares, gaines des poils. Ce sont des cystépithéliomes et des trichoépithéliomes.

Mallory (1910) fait dériver la plupart des épithéliomas non épidermoïdes de la peau, de la matrice des poils : ce sont des « carcinoma of the hair matrix », opinion à laquelle Haythorn s'est récemment rangé (1931).

Particulièrement décisives sont les observations cytologiques de Favre et Regaud (1913) et Nicolas et Favre (1919) : ces auteurs ont retrouvé, dans les cellules des cancroïdes, la disposition filamenteuse et spiralée du chondriome, qui caractérise particulièrement l'assise basale de l'épiderme normal; au contraire, les cellules des *ulcus rodens* sont complètement dépourvues de ces filaments et contiennent des chondriosomes en forme de grains ou de bâtonnets courts et trapus, comme on les observe normalement dans les follicules pilo-sébacés et particulièrement dans les gaines pilaires.

L'erreur de la conception histogénétique de Krompecher, quant aux cancers de la peau, est donc bien établie. Elle n'a même pas à son actif d'avoir été féconde. Ni dans le domaine de l'histologie, ni dans celui de la clinique, ni dans celui de la thérapeutique (en particulier dans la connaissance des radiosensibilités) elle n'a rendu de service, si même elle n'a pas été nuisible. Dès lors, s'impose le retour à la conception des anciens auteurs, dont on peut espérer tirer plus de profit pour la compréhension des problèmes tels qu'ils se posent aujourd'hui, en ce qui concerne les cancers de la peau. Mais de patientes recherches restent à faire pour établir avec précision l'histogénèse de ces néoplasmes. Il est évident

que la plupart des cancroïdes dérivent directement de l'épiderme, dont leur structure épidermoïde reproduit, plus ou moins exacte ment, les caractères locaux. Mais il est certain également que les glandes sébacées, plus particulièrement en certaines régions, peuvent donner naissance à des épithéliomas dont l'évolution épidermoïde offre certains caractères spéciaux. Expérimentalement d'ailleurs, Itchikawa et Baum (1924) n'ont-ils pas obtenu, chez le lapin goudronné, de pareils folliculo-épithéliomes spino-cellulaires. Rien n'empêche d'admettre que les glandes sudoripares ne puissent également, par « métaplasie épidermoïde » fournir des cancers à cellules spineuses.

Quant aux non-épidermoïdes, leur structure variable les rapproche plutôt des annexes de l'épiderme que de celui-ci même, bien que leur origine épidermique directe ait pu être quelquefois démontrée sur coupes sériées. Tantôt leur aspect microscopique évoque une dérivation à partir de la racine ou de la gaine épithéliale externe du poil, tantôt d'une glande sébacée, d'un canal excréteur, ou même d'un glomérule sudoripare. Comment interpréter ces différences de structure ?

a) En admettant que l'épiderme conserve chez l'adulte un certain pouvoir d'invaginer des cellules à potentialité variable ; *b*) ou bien que les inclusions épidermiques embryonnaires, qui donneraient naissance aux *ulcus rodens*, pourraient subir des différenciations diverses ; *c*) ou bien, plus simplement, que les cellules de chacun des dérivés de l'épiderme, ont la capacité, comme celles de tous les autres organes, de fournir des cancers spéciaux, plus ou moins différenciés et par conséquent plus ou moins reconnaissables, mais qui tous conservent un certain air de famille en raison de leur origine embryologiquement commune. De vrai, il n'est pas facile, dans la pratique et par l'emploi des techniques histologiques courantes, de préciser une origine exacte à la plupart des *ulcus rodens*. On y parviendra sans doute, en poursuivant dans la voie indiquée par Favre et Regaud, et en appliquant, à l'étude de ces tumeurs, les techniques de cytologie fine. En tous cas, leurs caractéristiques histologiques et cliniques font des *ulcus rodens* un groupe tout à fait homogène et qui n'a de correspondant, ou même d'analogue, dans aucun autre organe (à part quelques cylindromes qu'on

peut rapprocher de certains *ulcus rodens* adénoïdes). La fréquence de leur origine à partir d'une formation strictement cutanée — le follicule pilo-sébacé — explique cette spécificité d'organe (1).

IV. — *Classification utilisée.*

Dans le présent travail, il ne saurait être question d'essayer de résoudre le problème de l'histogénèse des épithéliomas cutanés, qui, nous venons de le voir, reste entier. Cette tentative nécessiterait, pour aboutir à quelque succès, un long labeur d'histologie normale et pathologique. Mais, l'expérience montre que, si l'on pratique l'examen microscopique d'un grand nombre de cancers de la peau provenant d'un territoire déterminé, on leur découvre certaines particularités, par comparaison avec les cancers des autres régions topographiques de la peau : non seulement les principales variétés d'épithéliomas se rencontrent en proportions variables sur chaque région du tégument, mais les cancers de chacune d'elles présentent souvent de notables détails de structure qui les différencient de ceux des autres régions. S'il n'existe pas de type d'épithélioma caractérisant un segment déterminé de la peau, du moins la connaissance des différences dont il vient d'être question permet-elle de reconnaître parfois, au seul examen d'une coupe histologique, le siège d'un épithélioma de la peau.

Pour distinguer ces variétés et ces types d'épithéliomas, nous aurons à employer un certain nombre de termes, choisis autant que possible simples et classiques, que nous allons tout d'abord brièvement définir.

Les nævocarcinomes étant laissés de côté, nous distinguerons, parmi les cancers de la peau qui constituent l'espèce épithélioma pavimenteux, deux races : *a*) les *épithéliomas épidermoïdes*, *b*) les *épithéliomas non épidermoïdes*, ceux-ci se subdivisant en *ulcus rodens* et en *non épidermoïdes spéciaux* (2).

(1) Je n'ai jamais observé de cas de transformation d'un ulcus rodens en cancroïde (dont quelques rares observations publiées sont d'interprétation discutable), ni d'ulcus rodens ayant donné lieu à une métastase ganglionnaire.

(2) Chacune des variétés et les principaux types d'épithéliomas auxquels il va être fait allusion sont représentés dans les dessins de coupes histologiques, qu'on trouvera groupés à la fin de cet article.

1° **Les épithéliomas épidermoïdes.** — Ils correspondent à la forme clinique cancroïde. La dénomination adoptée ici, courante dans plusieurs pays, rappelle que ces cancers sont caractérisés par le fait que leurs cellules subissent des métamorphoses analogues à celles par lesquelles passent les cellules normales des épithéliums pavimenteux stratifiés. Mais, nous insistions déjà sur ce fait en 1922, l'épithélium de revêtement présente normalement des variations locales, et il est, en outre, susceptible de se modifier considérablement sous des influences pathologiques. Si les épithéliomas reproduisent les caractères morphologiques de l'épithélium originel, il devient possible de distinguer parmi eux des variétés.

De celles-ci, deux principales, les épithéliomas à *évolution épidermoïde du type cutané*, et ceux à *évolution du type des muqueuses* ; ce discernement n'est pas indifférent du point de vue de la thérapeutique, cette dernière variété se montrant généralement plus radio-sensible que la première. S'il est vrai que les muqueuses dermo-papillaires donnent surtout naissance à des épidermoïdes du type des muqueuses et l'épiderme surtout à des épithéliomas du type cutané, cela est loin d'être constant. Parmi les cancers de la peau, on rencontre fréquemment des épithéliomas du type des muqueuses ; soit qu'ils proviennent d'un épiderme normal qui, au niveau de certains plis et sillons, a subi cette sorte de métaplasie ; soit d'un tégument transformé par une inflammation ou une irritation ancienne.

L'étude de tumeurs encore petites montre, qu'à côté des épithéliomas d'origine épidermique débutant comme des papillomes dégénérés et succédant souvent à de la kératose sénile, d'autres prennent origine dans le collet de follicules pilo-sébacés plus ou moins modifiés : ce sont des *folliculo-épithéliomes* dont les caractères morphologiques sont intermédiaires entre ceux des cancers épidermiques et ceux des cancers sébacés.

Les *épithéliomas à évolution sébacée* devraient constituer un groupe à part, puisqu'ils ne présentent pas une véritable évolution épidermoïde. Mais, comme on trouve tous les intermédiaires entre eux et les épithéliomas épidermoïdes proprement dits en passant par les folliculo-épithéliomes, comme leurs cellules subissent des métamorphoses — spéciales, il est vrai —, comme leurs caractères histologiques et leur évolution clinique se rapprochent beaucoup

plus des cancroïdes que des *ulcus rodens*, nous les avons assimilés à un type d'épithéliomas épidermoïdes.

Un dernier type est celui des *épidermoïdes dyskératosiques*. On doit admettre qu'ils dérivent d'épidermes préalablement modifiés par une dyskératose ; mais, souvent aussi, de follicules ou de glandes sébacées dont les cellules avaient antérieurement subies cette métaplasie spéciale.

2° **Les « ulcus rodens »**. — Aucune dénomination histologique, parmi les nombreuses proposées pour désigner cette race si particulière d'épithéliomas de la peau, ne donnant satisfaction, j'ai conservé, dans cet article (faute de mieux) l'appellation clinique, universellement admise et ne prêtant pas à confusion.

Le plus grand nombre de ces cancers, qu'ils procèdent directement des dérivés de la peau ou qu'ils en représentent des néoformations incomplètement différenciées, offrent — à l'état incomplet ou masqué — certains caractères histologiques qui incitent à les considérer, selon les cas, comme d'origine plutôt pilaire, sébacée ou sudoripare.

Ces caractères sont architecturaux et structuraux. Retenant certains des caractères architecturaux sur lesquels Krompecher avait établi la subdivision de ses baso-cellulaires, nous distinguerons, comme lui, des variétés lobulée (1), adénoïde et parakératoïde.

a) Les *ulcus rodens lobulés* se présentent constitués par des formations habituellement pleines, cordons irrégulièrement anastomosés et renflés en lobules. Leurs cellules ne subissent pas de métamorphose.

Cependant, dans certains d'entre eux, les lobes sont limités par une couche de cellules marginales dont le cytoplasme paraît indivis, et dont les noyaux ovoïdes et hyperchromatiques se disposent en palissade, perpendiculairement à la vitrée ; au centre, les cellules

(1) Le choix de cet adjectif pour traduire *solidum* a le tort de prêter à confusion avec les épithéliomas lobulés de l'ancienne classification de Cornil et Ranvier. Ces auteurs désignaient ainsi les épithéliomas épidermoïdes, par opposition aux épithéliomas tubulés. En fait, cette terminologie a aujourd'hui complètement disparu. L'adjectif lobulé peut donc être employé, sans grand inconvénient, pour désigner une variété d'ulcus rodens, au lieu de « solide », « plein », « massif », passibles de cette critique plus grave d'être fréquemment inexacts. L'image qu'évoque le mot lobulé étant la plus exacte, on peut négliger son défaut d'ordre historique.

fusiformes semblent élaborer des fibriles et des grains fortement éosinophiles et comparables à de la trichohyaline ; souvent même, on y trouve du pigment. Ces épithéliomas et d'autres pourvus de caractères voisins peuvent être rapprochés ; ils correspondent au *type pilaire*.

D'autres fois, dans l'intérieur des lobes, de fines vacuoles séparent les cellules, mieux limitées, à noyau plus vésiculeux et moins chromatique ; celles-ci peuvent dégénérer, au centre des plus gros lobes, dans une cavité que remplit un produit mal colorable, plus ou moins amorphe, ou franchement stéatoïde. Les *ulcus rodens* qui répondent à cette structure peuvent être considérés comme de *type sébacé*.

On en rencontre aussi dont les formations lobulées ont tendance à émettre des prolongements tubuleux, comprenant un petit nombre de cellules cubiques, disposées en rosettes ; souvent les lobules eux-mêmes résultent manifestement de la confluence de trabécules grêles ; ailleurs, au centre de lobes pleins, on remarque d'étroites lumières, nettement limitées par des cellules à cuticule. Ces aspects caractérisent les épithéliomas du *type sudoripare*.

b) Dans les *ulcus rodens adénoïdes*, les formations épithéliales revêtent un aspect nettement glanduliforme. Elles sont alors constituées par des cordons grêles, ne comprenant que quelques cellules cubiques ou cylindriques, entre lesquelles ou remarque parfois une étroite lumière. Il arrive même qu'il s'agisse d'un ruban de cellules juxtaposées en une couche unique. Ces cordons, tubes ou rubans, tantôt sont allongés et disséminés dans le derme, mais le plus souvent contournés ou réticulés ; d'où les dispositions « en gyrus » et « en girandoles » qu'a évoquées Krompecher. Il en résulte la formation d'une série de lobules distincts, dans l'intérieur desquels les tubes sont séparés par du tissu conjonctif muqueux. D'autres fois, les lumières glandulaires, plus accentuées, entraînent la constitution de cavités remplies d'un liquide séreux, mucoïde ou même colloïde (épithélioma adénoïde kystique) ; enfin la dislocation de ces lobules par un stroma à fibres hyperplasiques plus ou moins hyalinisées peut aboutir à une architecture cylindromateuse. A défaut de réactions histologiques spéciales, on se trouve souvent embarrassé pour décider si un épithélioma adénoïde doit être considéré comme de type sébacé ou de type sudoripare.

c) Quant aux *ulcus rodens parakératoïdes*, ils se distinguent parce que, malgré les caractères indifférenciés de leurs cellules, analogues à celles rencontrées dans les autres variétés *d'ulcus rodens*, ces éléments subissent par places, à l'intérieur des lobes les plus volumineux, une ébauche de dégénérescence cornée, aboutissant à la formation de corps bulbiformes, ou même de véritables petites perles cornées (1).

3° **Les épithéliomas non épidermoïdes spéciaux.** — Ils forment un petit contingent de cancers variés. Parmi eux figurent surtout des adénocarcinomes plus ou moins typiques, à point de départ manifestement sudoripare ; peut être quelques nævocarcinomes atypiques, complètement achromiques et dont l'imprégnation argentique resterait négative ; quelques cancers indéterminés.

Telle est la classification qui va maintenant nous servir dans notre essai de déterminer les variétés et les types d'épithéliomas qui prédominent sur les différentes régions cutanées de la face, et cela pour chaque sexe. Je répète qu'elle utilise un vocabulaire ne correspondant à rien qui soit actuellement démontré au point de vue histogénétique. Le groupement de ces cancers a été fait à partir de simples ressemblances morphologiques. La fréquence de la combinaison des architectures dans une même tumeur, et de l'aspect intermédiaire des caractères qui différencient les variétés et les types, a souvent rendu la décision difficile, et, peut-être même, arbitraire parfois. Mais, établi par un même observateur, sur une collection de coupes soumises à la même technique histologique, ce classement suffit pour le but qu'on se propose ; au demeurant, on doit admettre que les causes d'erreur se contrebalancent dans chaque terme de comparaison. (*A suivre*).

(1) En 1922, nous avions avec Rubens Duval admis, comme plusieurs autres auteurs, l'existence d'un groupe d'épithéliomas « intermédiaires » entre les épidermoïdes et les non-épidermoïdes. Cette subdivision me paraît aujourd'hui erronée. Ni cliniquement, ni histologiquement ce groupe ne paraît devoir être maintenu. Au niveau de la peau, les épithéliomas qui pourraient en imposer pour des « intermédiaires » se révèlent, à un examen attentif, soit comme des *ulcus rodens* parakératoïdes, évoluant à tous égards comme des *ulcus rodens* ; soit comme des épidermoïdes à stratigraphie incomplète et à cellules basales prédominantes, se comportant à tous points de vue comme des cancroïdes.

ATROPHIES MACULEUSES " SUI GENERIS " CONSÉCUTIVES A DES SARCOÏDES TUBÉREUSES DE BŒCK (1)

Par le Docteur Giuseppe SANNICANDRO
Assistant et liberodocente.
Clinique Dermosyphilopathique de l'Université Royale de Bari,
Dirigée par le Professeur Mariani.

Les questions qui sont agitées autour de la maladie de Bœck ne concernent pas le tableau clinico-morphologique, ni la structure histologique par elle-même si caractéristique et pathognomonique, mais portent surtout sur l'étiopathologie de cette affection particulière.

Et en effet, les résultats des recherches biologiques, bactériologiques et histologiques ont abouti à des opinions disparates sur la nature des sarcoïdes : pour certains auteurs il s'agirait d'un granulome tuberculeux vrai (Jadassohn, Kyrle, Rille), d'autres les rattachent au groupe nosologique des tuberculides (Darier), d'autres nient l'entité morbide des sarcoïdes, admettant une « réaction sarcoïde » dans le cours d'une infection chronique, comme la syphilis, la tuberculose (Pautrier, Rabut, Oppenheim) d'autres encore affirmant cette autonomie (Kreibich, Bruusgaard, Zieler, Kuhlmann, Kissmeyer).

A la diversité des théories pathogéniques, soumises à une révision critique de la part de Kissmeyer, dans sa monographie récente : *La maladie de Bœck. Sarcoïdes cutanées bénignes multiples*, s'oppose l'uniformité du tableau clinique, qui n'a pas subi de modifications spéciales, en dépit des nombreuses observations dont la littérature s'est enrichie.

Bœck, partant, non pas de critères immuno-biologiques, mais se basant essentiellement sur des caractères clinico-morphologiques, a décrit trois formes de sarcoïdes : à petits nodules disséminés ; à grandes nodosités ; à infiltrations diffuses.

(1) Traduit de l'italien par le Docteur Cav. Belgodère, Membre correspondant de la Société italienne de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Donc, manifestations cliniques différentes, parfois coexistant chez le même malade, et présentant les mêmes caractères histologiques et évolutifs, avec de légères différences entre les différents types.

Ainsi, pendant que les sarcoïdes nodulaires papuleuses et lichénoïdes ne subissent qu'une régression à peine perceptible, les infiltrations diffuses se réduisent et disparaissent souvent lentement, sans laisser de traces. Les sarcoïdes noueuses traversent un véritable cycle d'évolution et d'involution.

Dans la forme nodulaire, ou à petits nodules disséminés, souvent à caractère éruptif exanthématique, l'élément primitif est un petit élément papulo-nodulaire légèrement saillant, arrondi ou polygonal, plan, de coloration rouge, rouge brunâtre, de consistance dure, nettement délimité.

Les éléments éruptifs peuvent confluer en nappes ou en plaques finement squameuses, présenter une grande ressemblance avec les papules de lichen plan. La régression est extraordinairement lente.

La forme à grandes nodosités est caractérisée par des nodules dont la grandeur varie d'une noisette à une monnaie de 10 lire, nettement limités, de consistance dure, presque scléreuse, à surface lisse, isolés ou agglomérés.

Dans leur évolution, on a distingué trois stades :

Le premier stade, éruptif, de la durée moyenne de 15 jours, est caractérisé par des phénomènes inflammatoires aigus. Un second stade, floride, dans lequel le nodule augmente de volume et prend une teinte violacée, est de longue durée, de plusieurs années et même plus, durant lesquelles l'élément éruptif ne subit pas de transformations spéciales, sans s'ulcérer sinon exceptionnellement et quand la lésion siège dans des régions spéciales comme les jambes, les doigts. Le troisième stade, dit d'involution, est caractérisé par un aplanissement central des nodules, pendant que les bords restent infiltrés et s'estompent à la périphérie.

Lorsque l'involution est complète, il reste au centre une pigmentation, à la périphérie des télangiectasies. Dans d'autres cas, les infiltrations disparaissent lentement, laissant une atrophie à peine visible, qui, à la palpation, se montre encore infiltrée, ou bien des kératoses, des verrucosités (Jadassohn, Kunitsky, Martenstein, Wassermann).

Même dans la troisième forme de sarcoïdes, ou sarcoïdes tubéreuses ou à infiltrations diffuses, très voisines des formes noueuses, desquelles elles se distinguent à peine par le siège préféré aux parties saillantes de la face, l'infiltration est bien délimitée, non ulcérée, à surface parfois finement desquamante.

On peut en dire autant pour ce qui concerne l'involution des éléments éruptifs de l'angio-lupoïde de Pautrier-Brocq, de l'érythrodermie sarcoïde de Schaumann, du granulome annulaire, que quelques auteurs ont voulu mettre en dehors des sarcoïdes.

Dans notre cas personnel, on a constaté l'involution de plusieurs éléments avec une atrophie à plaques nettement circonscrites, du type de l'anétodermie de Jadasshon, à laquelle ne correspond, sauf erreur, rien de semblable dans la littérature sur les sarcoïdes.

Dans les cas de sarcoïdes, peu nombreux, où l'atrophie a été relevée, il s'agit de formes annulaires centrifuges (Nægeli, Arning, Doffling, Strempel, Mc Cornac, Pasini, Scomazzoni) et celle-ci est plutôt légère en ne présente jamais les caractères rencontrés dans mon cas.

Observation personnelle

R... Catherine, âgée de 42 ans, de Andria.

Dans l'anamnèse familiale, il n'y a rien de particulièrement intéressant, de même dans l'anamnèse personnelle éloignée. A 20 ans, elle a épousé un homme en apparence sain, et elle a eu quatre grossesses conduites à terme régulièrement avec des enfants encore vivants et sains.

L'affection actuelle, qui la conduit à nous demander conseil, remonte à plus de 15 ans auparavant, alors qu'elle vit apparaître au-dessous du menton, une tuméfaction arrondie, à évolution lente, non accompagnée de troubles subjectifs ou objectifs particuliers et considérée par un praticien comme une adénite scrofuleuse.

Par la suite, et à un intervalle de temps difficile à préciser, apparurent des éléments éruptifs que la malade décrit comme des plaques de couleur rouge, légèrement desquamantes, à la région cervicale, au-dessous de la branche droite du maxillaire inférieur, aux régions massétérine et préauriculaire droites. Les derniers à apparaître furent deux éléments encore existants, respectivement au cuir chevelu et à la région massétérine gauche.

Examen objectif :

Sujet brachytype en bonne condition générale de nutrition et de circulation, pannicule adipeux abondant, développement squelettique régulier, système lymphoglandulaire normal.

A l'examen du système pileux, des annexes de la peau, on ne relève rien d'intéressant. Négatif est également l'examen des organes contenus dans la cavité thoracique et abdominale, du système cardio-vasculaire, des systèmes nerveux de relation et végétatif, des organes des sens.

L'affection cutanée est constituée par des éléments éruptifs dans une période très diverse et distante de leur évolution. Les plaques atrophiques reproduisent à peu près toujours les mêmes caractères. Elles sont de la grandeur moyenne d'une pièce d'un sou de la nouvelle frappe, arrondies, de la couleur de la peau normale périphérique, à surface plissée peu élastique, ne desquamant pas, à bords réguliers, non saillants, d'où il résulte que le passage à la peau limitrophe n'est



Fig. 1. — Sarcoïde tubéreux de la région massétérine.



Fig. 2. Atrophie maculeuse sarcoïde.

marqué par aucun phénomène objectif particulier. A la palpation, elles apparaissent non infiltrées, de consistance molle, et laissent enfoncer le doigt compresseur dans une sorte de fossette à siège dermique. Ces caractères diffèrent un peu pour ce qui concerne les plaques situées au niveau de la région massétérine droite, en ce que les éléments atrophiques sont entourés d'un ourlet rougeâtre, de couleur rouge cuivré, de la largeur de 3-4 millimètres, à surface plane ou légèrement desquamante, avec desquamation furfuracée, non infiltré.

Au niveau de la région massétérine gauche, on remarque une tuméfaction irrégulièrement arrondie, grande comme une monnaie de 10 lire, faisant saillie sur le plan de la peau environnante, de couleur rouge, rouge vineux.

La surface est érosive ou légèrement ulcérée au centre, avec un fond

rose brillant recouvert d'une légère sérosité ; à la périphérie, au contraire, la peau apparaît atrophique. A la palpation, la tuméfaction, indolente, apparaît plutôt bien circonscrite, de consistance charnue, non adhérente aux plans sous-jacents, non mobile au-dessous de la peau. Au cuir chevelu, au niveau de la partie moyenne de la ligne de suture des os pariétaux, on remarque une plaque, grande comme une pièce de deux sous de la nouvelle frappe, ovoïde, de couleur rouge. Cette plaque est centrée par une ulcération superficielle, dont le fond apparaît d'une belle couleur rose brillante, recouvert d'un exsudat séreux, avec des contours irréguliers déchiquetés qui, graduellement, se continuent avec les bords périphériques. Ceux-ci sont infiltrés, saillants de deux ou trois millimètres sur le plan de la peau environnante dégradant lentement en dedans, constituées par de petits nodules disposés en chapelet.

Examens complémentaires.

Bordet-Wassermann — — — ; intradermo-réaction à la tuberculine légèrement positive ; globules rouges, 4.800.000 ; globules blancs, 6.200 ; formule leucocytaire : neutrophiles 68, éosinophiles 1, basophiles 1, grands lymphocytes 10, moyens 12, petits 8 ; Hb 0,85 o/o.

L'examen radiographique du système osseux (crâne, mains, pieds), de l'appareil pulmonaire, est négatif. Rien au point de vue des urines.

Examen histologique.

Il fut exécuté trois biopsies : d'une plaque atrophique, de la grande infiltration de la région massétérine gauche et de la plaque située au cuir chevelu. Les fragments prélevés furent tous employés pour la recherche histologique ; l'inoculation au cobaye ne fut pas effectuée. Les recherches bactériologiques pratiquées sur les coupes furent négatives.

Histologie de la forme tubéreuse.

L'épiderme montre des signes de souffrance de nature moyenne, se traduisant par une réduction de tous ses étages et des bourgeons interpapillaires, la vacuolisation discontinue des cellules basales et de la couche épineuse. Les papilles dermiques sont trapues, cupuliformes, réduites de nombre, parcourues par des vaisseaux sanguins dilatés et entourés de manchons d'infiltration constitués par des cellules allongées avec noyau peu colorable, par des éléments arrondis pourvus d'un noyau ovale riche en chromatine avec protoplasma plutôt abondant. La dilatation vasculaire et l'infiltration cellulaire ne s'étendent jamais jusqu'à la limite supérieure du derme, de manière que, entre celui-ci et l'épiderme, subsiste une mince traînée de tissu conjonctif intact. Le

reste du derme, jusqu'à l'hypoderme, est le siège d'une infiltration disposée en noyaux arrondis, ovoïdes, allongés, nettement circonscrits, séparés les uns des autres par des faisceaux de tissu conjonctif dense. Leur structure est uniforme, égale, en ce que tous apparaissent constitués de cellules allongées ou arrondies pourvues d'un noyau clair vésiculeux, pauvre en chromatine, parfois lobulé, et par des cellules fusiformes avec un noyau bien colorable. On trouve en nombre discret quelques cellules plasmatiques éparpillées ; au centre, on rencontre quelques rares cellules géantes du type Langhans, tandis que leur périphérie est caractérisée par une accumulation de cellules lymphocytaires. Le tissu conjonctif et le tissu élastique ont disparu, refoulés à la périphérie des infiltrats, lesquels sont parcourus par un délicat réticulum fibrillaire argentophile, et par des vaisseaux sanguins assez bien conservés ou en proie à un processus d'endothélite, spécialement les artères, dont la lumière en vient à être réduite. L'adventice ne reste pas étrangère au processus et parfois il est donné d'observer une multiplication des cellules adventicielles qui se disposent en anneaux concentriques autour du vaisseau.

Les signes de processus de dégénérescence ou de régression font absolument défaut. Le tissu conjonctif qui sépare les infiltrats nodulaires et qui donne à toute l'infiltration une apparence de lobulation conserve ses affinités tinctoriales, il est constitué par des faisceaux denses ou divisés par de petits espaces clairs contenant des cellules endothéliales. Le tissu élastique est bien conservé.

Histologie de la plaque du cuir chevelu.

Le tableau microscopique ne s'éloigne pas dans ses lignes fondamentales de la description précédente et l'unique différence consiste dans la présence au sein des nodules d'infiltration de la partie haute du derme de nombreux vaisseaux en partie néoformés, dilatés, remplis de sang, qui donnent au tissu un aspect pseudo-angiomateux. On remarque en outre que, à la constitution des nodules du derme haut, à la différence de ceux de la partie profonde, prennent part, en outre des cellules épithélioïdes, de nombreux fibrocytes jeunes, mononucléés, et de petits lymphocytes, et même quelques cellules polynucléées. Il est difficile de dire si ces phénomènes sont primitifs ou bien liés à l'intervention de facteurs infectieux provenant de l'extérieur.

Histologie d'une plaque atrophique.

L'épiderme est aminci dans toutes ses couches, très pauvre ou complètement privé de bourgeons interpapillaires. La couche cornée est réduite à des lamelles peu nombreuses superposées, dépourvues de noyau, la couche granuleuse comporte une file unique de cellules

chargées de granulations kérato-hyaliniques, la couche épineuse 2-3 rangées de cellules qui n'ont pas perdu leurs rapports normaux réciproques, de volume normal, vacuolisées avec un noyau refoulé à la périphérie de la cellule. La couche des cellules germinatives montre de rares figures caryocinétiques, elle est constituée par des cellules qui ont perdu leur configuration normale, et sont à contours irréguliers, vacuolisées.

Le derme apparaît atrophique dans toute son épaisseur, les papilles ont complètement disparu, d'où il résulte que la limite dermo-épidermique est marquée par une ligne presque droite.

Il est le siège d'infiltrats, discrets dans la partie la plus superficielle, plus importants dans la partie moyenne et profonde, à limites plutôt nettes, constitués par des cellules mononucléaires grandes en majorité, pourvues d'un noyau riche en chromatine, par des cellules allongées, fusiformes avec un noyau clair, vésiculeux, par des cellules lymphocytiques, par des polynucléaires neutrophiles.

Les susdites cellules d'infiltration ne sont pas entassées d'une manière serrée et dense et plusieurs d'entre elles sont en proie à des phénomènes de caryolyse et de cariorexis.

Les vaisseaux sanguins sont dilatés, pleins de sang, ou bien montrent leurs parois collabées, la lumière du vaisseau réduite ou presque disparue. Importantes sont les altérations du tissu conjonctif et de l'élastique. La structure fasciculée normale du tissu conjonctif, passablement conservée dans le derme profond, est très altérée dans le derme superficiel et au sein des infiltrats cellulaires. Les faisceaux sont gonflés, fragmentés, homogénéisés, réduits en amas de grandeur variable, ils conservent encore leurs affinités tinctoriales et ne montrent pas de signes évidents de métachromasie. Le tissu élastique a perdu sa délicate structure fibrillaire, mais non son acidophilie ; complètement disparu sur certains points, dans d'autres champs de la même préparation, il apparaît bien conservé ou fort augmenté, hyperplasique, accumulé dans la partie moyenne du derme en nodules irrégulièrement circonscrits, constitués par des fibres grossières, fragmentées, trapues, à trajet irrégulier, entremêlées avec des amas plus ou moins volumineux. Les glandes sudoripares sont atrophiques.

ÉVOLUTION ULTÉRIEURE

La patiente fut soumise à l'aurothérapie par la voie sous-cutanée (phosphocrysol) qui aboutit à la réduction de l'infiltration située au niveau de la région massétérine gauche. La plaque du cuir chevelu ne fut pas influencée. Par la suite, la malade ne s'est plus représentée.

*
* *

Une affection cutanée qui dure depuis 15 ans, sans s'accompagner de troubles généraux, avec intégrité de l'état général de la patiente porte de suite à envisager le diagnostic d'un processus granulomateux chronique, tuberculeux, syphilitique, lépreux, ou le mycosis fongoïde. Cette dernière forme morbide pouvait être exclue sur la base des données cliniques, parce que, s'il est vrai, que cette forme, éminemment polymorphe, peut se présenter aussi sous l'aspect d'infiltrations tumorales plus ou moins circonscrites, à évolution très longue, lente, avec involution complète des éléments éruptifs, elle s'accompagne habituellement par la suite d'autres signes cliniques qui en complètent le tableau et qui font poser le diagnostic exact, confirmé en outre par le contrôle histologique. La lèpre n'était pas appuyée par les données anamnestiques, ni par les autres altérations qui s'observent souvent dans l'infection par le bacille de Hansen. La syphilide tardive nodulaire, avec sa tendance ulcérative, la diffusion périphérique avec bords circinés et la guérison au centre par atrophie et cicatrice ne présentait aucun point de commun avec notre cas. De même, il n'y avait pas de fondement plus grand pour un diagnostic de syphilide gommeuse. De la tuberculose cutanée, méritaient d'être pris en considération la forme nodulaire et le lupus érythémateux infiltré : la première, à propos plus spécialement de la plaque située au cuir chevelu, qui ainsi qu'il résulte de l'histoire clinique, était ulcérée, avec des bords infiltrés, formés de petits nodules juxtaposés ; la seconde pour la lésion à grande infiltration de la région massétérine gauche. L'absence de ramollissement des nodules, l'ulcération consécutive, la guérison avec cicatrices, l'évolution extrêmement lente de la plaque, la coloration rose, rose brillant, poussaient à écarter le diagnostic de tuberculose nodulaire pour l'élément éruptif du cuir chevelu.

Le lupus érythémateux infiltré, mis en cause essentiellement par la morphologie des lésions massétérines s'en distingue facilement pour peu qu'on ait présent à l'esprit son aspect tuméfié, œdémateux, mollasse, inflammatoire, subaigu. Ces caractères se répètent dans l'examen histologique qui montre de la congestion, de l'œdème, de l'infiltration lymphocytaire.

La négativité des examens de laboratoire permet d'exclure les sarcoïdes lépreux, syphilitiques et donne corps chez ma malade au

diagnostic de sarcoïde de Bœck. La publication de ce cas trouve sa justification, non pas tant dans la description de cette affection particulière déjà assez bien isolée par Bœck, que dans la constatation très rare, sinon unique de l'atrophie en plaques isolées.

L'aspect morphologique de l'atrophodermie maculeuse observée chez ma patiente est tel que, sans l'infiltration tubéreuse de la région massétérine gauche, qui présente des signes de début d'une involution atrophique indentique, la discrimination diagnostique n'aurait pas été facile, ou même aurait été tout à fait impossible.

La nature sarcoïde étant admise, il convient de préciser si elle est primitive ou secondaire, et si elle présente des caractères qui la différencient des autres atrophies.

Attribuer les infiltrations et les atrophies à la même cause morbide et en admettre ainsi l'indépendance, l'évolution séparée et parallèle, cela veut dire aller à l'encontre de l'orientation clinique actuelle, qui soumet tout le chapitre des atrophies cutanées à une révision critique, tendant à les considérer comme des phénomènes secondaires sur lesquels on ne peut se baser pour définir une forme morbide, de laquelle elles sont une expression ultime. Cela est admis pour l'acrodermatite atrophiante progressive, considérée comme une des plus classiques atrophies cutanées primitives, et doit être admis à plus forte raison pour les faits que j'ai observés, surtout si l'on ne perd pas de vue que, même dans la forme à grande infiltration, le début de l'atrophie cutanée était déjà évident.

L'histologie renforce cette manière de voir, en ce qu'elle met en évidence des infiltrats cellulaires circonscrits du derme du type sarcoïde, des faits de dégénérescence du tissu conjonctif, la raréfaction et la disparition du tissu élastique, en même temps qu'une hyperplasie apparente non uniforme de celui-ci par juxtaposition peut être secondaire à la réduction du collagène, phénomènes qui ne se rencontrent pas dans les atrophies dites primitives, dans lesquelles dominent la raréfaction et la disparition du tissu élastique.

L'atrophie sarcoïde que j'ai décrite se distingue de l'atrophie sénile simple et dégénérative par la réduction de toutes les couches épidermiques, la disparition des bourgeons interpapillaires et des papilles avec formation d'une frontière dermo-épidermique presque rectiligne, par l'absence de la traînée limite de tissu conjonctif nor-

mal séparant l'épiderme du derme dégénéré, dégénérescence qui se révèle par les modifications tinctoriales connues au moyen des méthodes de Unna, et en outre par le comportement spécial du tissu élastique déjà précédemment décrit.

Cette atrophie sarcoïde rappelle de très près par ses caractères cliniques et par ses caractères histologiques la dermoatrophie chronique idiopathique maculeuse, de laquelle elle se distingue par le type et par la constitution des infiltrats, circonscrits et non diffus, par l'absence de phénomènes particuliers de dégénérescence du tissu conjonctif (à part le gonflement et l'homogénéisation plus importants dans la partie haute du derme que dans le derme moyen et dans les infiltrats), en outre encore par l'apparente hyperplasie du tissu élastique rappelant le pseudo-xanthome élastique.

Avec les atrophies luétiques et lépreuses la différenciation est possible sur la base des caractères miscroscopiques des infiltrats cellulaires.

L'assimilation avec les atrophies mécaniques, par exemple par compression, n'est pas possible, pour peu que l'on tienne compte des caractères de celles-ci, consistant tout d'abord dans une destruction et dans un amincissement du tissu élastique et du collagène avec fragmentation consécutive. Où cette fragmentation se produit, il se forme des amas de tissu élastique qui donnent l'impression d'une hyperplasie de celui-ci. Manquent encore dans ces atrophies mécaniques, l'œdème, l'homogénéisation, la dégénérescence du collagène, les infiltrats cellulaires qui s'observent dans les atrophies d'autre nature, et présents dans mon cas, ainsi que je l'ai rapporté précédemment.

Pour ce qui concerne le point le plus controversé de la pathologie des sarcoïdes, c'est-à-dire la question de leur nature, je ne m'attarderai pas à rappeler ici, à propos de mon cas, toutes les argumentations développées et contestées par les divers observateurs pour soutenir leur opinion particulière sur l'étiologie et la pathogénie de cette forme morbide. Les plus vraisemblables de ces théories sont celles de Bœck, de Darier, de Pautrier, de Kusnitzky, Bittorf, Schaumann, Kissmeyer.

Comme je n'avais pas effectué l'inoculation au cobaye, ni la culture du bacille tuberculeux j'ai porté une attention spéciale à la démonstration du bacille de Koch sur les coupes, mais avec résul-

tat négatif. La tuberculino-réaction intradermique fut légèrement positive et il n'y eut pas de réaction focale et générale avec l'introduction sous-cutanée de tuberculine.

Ces faits, auxquels ont peut ajouter aussi celui, de l'absence de lésions spécifiques tuberculeuses aux dépens de l'appareil pulmonaire ou d'autres systèmes, et en outre le résultat médiocre de l'aurothérapie, limité à la grande infiltration de la région massétérine gauche, déposeraient, pour autant qu'il est permis d'en tirer une conclusion, en faveur d'une affection provoquée par un virus spécial encore inconnu.

La maladie de Bœck a été l'objet d'une monographie de Kissmeyer : *La Maladie de Bœck*, Masson, 1931, à laquelle je renvoie pour les indications bibliographiques.

MYCOSE DES ONGLES
ET ÉPIDERMOPHYTON NIGRICANS

Par

VILAS-BOAS NETO
Assistant libre de la Clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté de Médecine de Porto

et

CÉSAR MARTINS
Assistant du Laboratoire de Bactériologie et de Parasitologie de la Faculté de Médecine de Porto

A. A. J..., âgée de 45 ans, mariée, ménagère, née dans la paroisse de Santo Ildefonso-Porto, et habitant, dans cette ville, rue du Bomjardim, n° 679, s'est présentée à la Clinique Dermatologique et Syphiligraphique de la Faculté de Médecine, qui fonctionne à l'Hôpital Général de Santo Antonio, le 31 octobre 1929.

État actuel. — A l'index et à l'annulaire de la main droite, au pouce, à l'index et au médius de la main gauche (fig. 1), les ongles sont soulevés et disloqués, c'est-à-dire projetés en avant et vers le bas.

Ces phanères, pourtant, reposent sur une masse jaune clair dure, âpre et rugueuse, que l'on remarque par transparence et qui atteint, pour certains doigts, l'épaisseur approximative d'un demi-centimètre.

Au pouce, au médius et à l'auriculaire de la main droite et, aussi à l'auriculaire de la main gauche, les ongles n'existent pas ; tout s'est réduit à une masse possédant les mêmes caractères que la précédente.

L'ongle de l'annulaire droit commence à être attaqué à la racine, avec destruction prononcée de la table externe, à l'endroit correspondant à la lésion qui s'ébauche. Cependant, sur les bords latéraux de ce phanère commence déjà le décollement, avec début d'invasion de la table interne. Les ongles existants se présentent minces, lisses et polis, même les plus attaqués.

Dans la pulpe des doigts, avec plus ou moins d'intensité, on observe une légère desquamation furfuracée, jaunâtre et reposant sur un fond rosé, avec prurit, pas très prononcé, à des heures indéterminées.

Aux pieds, il y a des lésions semblables à celles des mains.

Ainsi, au pied droit (fig. 2), au tiers postérieur interne de la face plantaire du gros orteil et au niveau de la tête du métatarsien correspondant, la peau se présente avec une desquamation lamellaire épaisse et compacte, de coloration jaune sale. L'ongle correspondant à cet orteil,

légèrement friable sur son bord libre, est apparemment sain dans son ensemble, fait que l'on n'observe pas, néanmoins, pour les autres phanères du même côté, où il y a des lésions parfaitement semblables à celles des doigts des mains (fig. 3).

Autour des ongles, également sur fond rosé, existe, sur la peau des phalangettes, une zone de desquamation jaunâtre, plus grande et plus prononcée que sur les mains, accentuée, surtout, au niveau du tiers antérieur de la pulpe des doigts. Au troisième orteil, cependant, le processus desquamatif occupe, à peine, la face plantaire, laissant intacte la face dorsale.

Au pied gauche, les lésions sont, avec de légères variantes, en symétrie avec celles du côté opposé.

L'ongle du gros orteil présente des caractéristiques analogues à celles de son homologue et les lésions desquamatives de la peau occupent une topographie identique et montrent une ressemblance parfaite avec celles du côté opposé.

Au deuxième orteil et, encore, au cinquième, le processus desquamatif offre la disposition précédente, avec cette seule différence, qu'il est généralisé sur toute la pulpe.

L'invasion lésionnelle, au troisième doigt, semble toutefois se réaliser avec une certaine intensité par le bord libre de l'ongle.

Il y a des callosités, avec desquamation « furfuracée », dans la partie moyenne de la portion antérieure de la face plantaire des pieds, au niveau du second métatarsien.

Parakératose de la plante des talons ; à droite, dans la moitié postérieure externe, on remarque une fissure qui atteint le bord postérieur de cette région.

Rien qui soit digne d'être mentionné, dans les principaux appareils.

Comme symptômes d'ordre général, céphalalgies vespérales et, parfois, douleurs ostéoscopiques avec la même chronologie.

Histoire de la maladie. — Une légère suppuration accompagnée de prurit, au niveau de la racine de l'ongle de l'auriculaire de la main droite, il y a six mois, approximativement, fut le commencement de la maladie.

L'état suppuratif, cependant, n'a pas duré très longtemps.

L'ongle a commencé, alors, à se détacher et, par derrière, une masse jaunâtre est apparue qui a augmenté graduellement, devenant épaisse, dure et rugueuse.

Ainsi, mécaniquement, le phanère s'est détaché, souffrant d'un déplacement graduel, jusqu'à ce que, au bout de quelque temps, il soit tombé.

Un mois après, tant à la main gauche qu'à la main droite, tous les ongles ont été atteints, presque en même temps ; l'état lésionnel a com-

mencé aussi par la racine, par un processus suppuratif qui n'a pas duré plus de trois jours.

Il y a eu, donc, une évolution semblable à celle du premier doigt atteint.

Aux pieds, après une période de temps peu prolongée, s'ébauchèrent des lésions manifestement identiques, qui commencèrent, de la même manière, par la racine de l'ongle du petit doigt du pied gauche et se généralisèrent, à peu d'intervalle, aux autres ongles.

Dans ces lésions, le prurit est plus fort, devenant parfois très intense, principalement durant la marche.

Antécédents personnels. — Un avortement, il y a neuf ans. Abcès dans la région mastoïdienne droite, qui a motivé, il y a trois ans, son internement à l'Hôpital Général de Santo Antonio, où elle est restée 22 jours. Souffre fréquemment d'angines.

Antécédents familiaux. — Mari sain. Elle a une fille de 8 ans, qui souffre d'angines. Une fille est morte, à 16 mois, de broncho-pneumonie. Son père, qui est devenu aveugle subitement, est mort, à l'âge de 75 ans, de bronchite asthmatique. Sa mère, qui est devenue aveugle aussi, mais graduellement, est morte à 82 ans de cardiopathie ; elle a eu 16 enfants dont 5 sont vivants : la malade et 4 frères bien portants. Des 11 frères morts, on sait à peine qu'une sœur est morte en couches et un frère d'ascite.

Réaction de Bordet-Wassermann, dans le sang. — Négative.

Examen parasitologique. — La culture des produits de râclage des phanères lésés en Sabouraud glucosé, a révélé ce qui suit : masse arrondie, très peu épaisse, de coloration olivâtre, pulvérulente et entourée (fig. 4) par un halo blanchâtre de filaments radiés. Dans la partie centrale, il y a une petite ombilication, peu marquée.

Dans les formes vieillies, pourtant, le halo périphérique disparaît et la couleur olivâtre s'étend uniformément sur toute la superficie de la culture. Elle est alors entièrement constituée par une poussière très fine et la coloration prend une tonalité assez foncée. Examinée au microscope, on constate qu'elle est constituée essentiellement par des fuseaux (fig. 5) ; le mycélium disparaît presque complètement, montrant à peine de-ci, de-là, quelques articles généralement courts et intensément colorés de jaune foncé. Il ne se forme pas dans les vieilles cultures, de duvet blanc, pléomorphique si fréquent dans d'autres dermatophytes.

La meilleure température de cet agent évolue autour de 22°. Les températures supérieures lui sont plus favorables que les températures basses.

La culture commence déjà au bout de 24 heures.



Fig. 1. — Mycose des ongles.

Fig. 2. — Mycose des ongles. Lésions de desquamation autour des ongles et sur la peau des orteils ; parakératose de la plante du talon.

Examen en goutte pendante. — Au bout d'une demi-heure, commencent à poindre, de petits bourgeons réfringents, allongés, dont la coloration d'un blanc cendré contraste fortement avec le ton jaune foncé des fuseaux dont ils proviennent (fig. 6A). Ils ressemblent assez aux pseudopodes émis par une amibe ; à peine leur manque-t-il les mouvements de rétraction. Les uns naissent latéralement et les autres se forment à un des pôles. Il y a des fuseaux d'où ne sort, qu'un bourgeon et d'autres qui en émettent 5, 8 et davantage.

La croissance se fait, surtout, en longueur et quelques-uns de ces bourgeons arrivent à atteindre, au bout de deux heures, la dimension d'un centimètre et plus. A mesure que s'accentue et progresse leur croissance, comme il est naturel, les fuseaux, qui leur donnèrent origine, vont se réduisant dans leur masse ; ils perdent leur coloration jaunâtre, leurs contours s'effacent et finissent par disparaître.

Au bout de 24 heures, on ne trouve plus aucun de ces éléments, toute leur masse s'est transférée, dirons-nous, dans le contenu des bourgeons qui, à leur tour, sont devenus filamenteux. En somme, au bout de 24 heures, le champ microscopique est entièrement occupé par une série de filaments, sans autres éléments. Le mycélium est donc constitué par des filaments longs, gros et cloisonné. Il est lisse et homogène. Les articles ne mesurent pas, en général, plus d'un centimètre de longueur et sont presque tous légèrement arrondis aux extrémités. La ramification du mycélium est latérale (fig. 8). D'une tige, plus ou moins longue, se détachent, çà et là, des branches de longueurs différentes. Le mode d'origine de ces branches latérales est divers. Parfois elles naissent par simple bourgeonnement de la tige principale, comme celle-ci s'est formée du fuseau. Parfois, cependant, à de certains points de la tige mycélienne primitive, se forment des condensations arrondies et très réfringentes, d'où commence à apparaître un petit bourgeon qui, en se développant, finit par donner une branche latérale (fig. 7A). Il est bon de noter que toutes ces condensations ne donnent pas de branches latérales ; quelques-unes persistent, ainsi, indéfiniment, s'espaçant et s'entourant d'une ligne au double contour ; toutefois tous les bourgeons latéraux ne donnent pas de branche ; il y a ceux qui cessent de croître, grossissent à la base et demeurent de simples saillies mamillaires. Au bout de 48 heures, le



Fig. 3. — Mycose des ongles.
Lésions semblables à celles des doigts des mains.

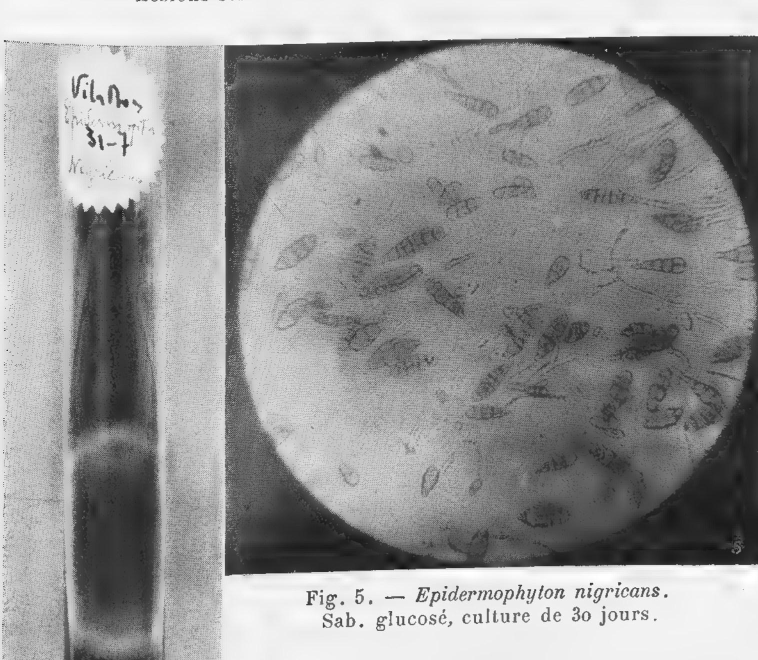


Fig. 5. — *Epidermophyton nigricans.*
Sab. glucosé, culture de 30 jours.

Fig. 4. — *Epidermophyton nigricans.*
Culture en Sab. glucosé. Age : 7 jours.

mycélium devient plus gros et granuleux (fig. 7D) ; les granulations donc sont nombreuses, petites, de différentes dimensions et réfringentes ; les articles s'arrondissent davantage aux extrémités et deviennent incomparablement plus gros. Il y a déjà des fuseaux nombreux. Ceux-ci sont colorés en jaune brunâtre et se forment aux extrémités des branches mycéliennes principales et, la plus grande partie d'entre eux, aux extrémités latérales (fig. 6, C, E, F). Il y a des branches qui supportent deux fuseaux, placés bout à bout et complètement mûrs. Quelques branches supportent un fuseau unique, d'autres présentent un fuseau mûr et un autre, ou plusieurs autres, au début de leur maturité. Tous ces fuseaux sont

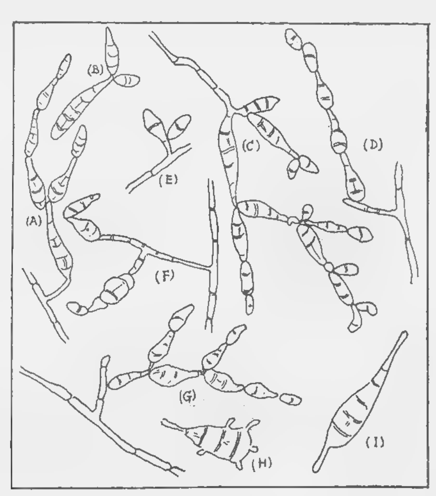


Fig. 6. — *Epidermophyton nigricans*; goutte pendante de culture de 6 jours en Sab. glucosé, montrant diverses phases de développement.

placés bout à bout et, à mesure qu'ils mûrissent, ils tombent dans le champ de la préparation, et deviennent libres.

A l'intérieur des filaments mycéliens, il se forme aussi des fuseaux qui résultent de l'épaississement d'un des articles et qui doivent être les fuseaux-là que nous avons vu apparaître dans les préparations, très épais et plus ou moins arrondis. Il n'y a pas de vestiges d'autres organes de fructification : ni spores, ni thyrses sporiphères, ni organes nodulaires, etc. Quelques filaments mycéliens cessent d'être blanchâtres pour prendre une coloration jaunâtre identique à celle des fuseaux.

Le sixième jour de culture, les fuseaux se constituent en grappes, plus nombreuses et plus complexes. Il y en a différents types, les dessins les font mieux saisir que les descriptions (fig. 6 et 7). Les granulations réfringentes (fig. 7), dont nous avons déjà parlé, ont augmenté de taille et de réfringence (fig. 7). Il y a des fragments de mycélium où ceux-ci se dessinent avec une telle netteté que les articles, où ils se trouvent, ont été, semble-t-il, créés pour les contenir. Certains fuseaux se disposent en chaînes linéaires, en nombre parfois assez élevé — jusqu'à 8 — naissant alors les uns des autres. Ce sont ces fuseaux en chaîne (fig. 6D) qui arrivent à

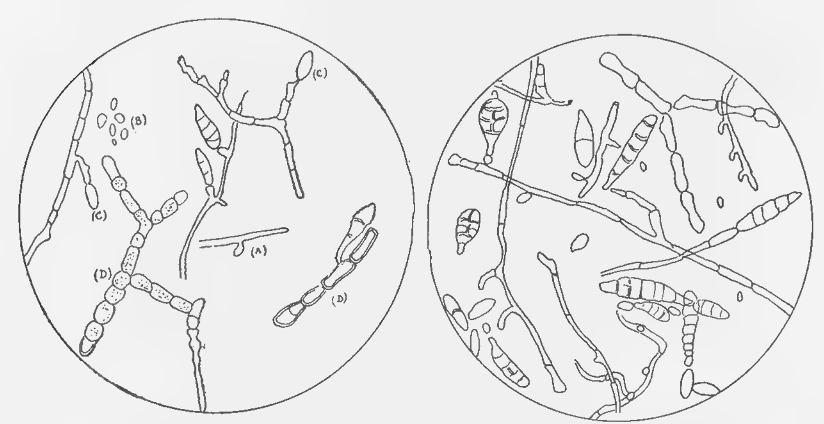


Fig. 7. — *Epidermophyton nigricans*; culture de 7 jours, en Sab. glucosé.

Fig. 8. — *Epidermophyton nigricans*. Mycélium et fuseaux. Culture de 45 jours, en Sab. maltosé.

constituer, plus tard, ces filaments mycéliens plus gros, d'articles ovulaires et arrondis de couleur jaune brunâtre, véritables clamydospores.

On peut ainsi résumer le développement de ce dermatophyton : un fuseau pluricloisonné transporté dans un milieu nutritif qui lui convient commence à bourgeonner déjà au bout d'une demi-heure ; le même fuseau peut donner origine à un nombre variable de bourgeons (de 1 à 8 et davantage).

Ces bourgeons, qui au commencement paraissent des doigts de gant, continuent à croître et donnent le mycélium qui va grossissant et se cloisonnant ; toute la masse du fuseau disparaît au bout

de 48 heures, comme disparaît la semence après avoir germé et avoir donné naissance à la nouvelle plante. Le mycélium commence alors à se ramifier par la formation de fuseaux latéraux et, au bout de quelque temps, il fructifie, donnant naissance à de nouveaux fuseaux qui poussent presque toujours, aux extrémités, soit des branches principales, soit des branches latérales. Ces fuseaux se forment isolément, ou en groupes, constituant de véritables grappes.

Diagnostic parasitologique. Epidermophyton nigricans

En consultant et en parcourant avec la plus grande attention l'œuvre magistrale de Sabouraud, *les maladies cryptogamiques*, dont nous suivons l'orientation pour rédiger cette partie de notre travail, nous n'avons pas trouvé, cependant, un seul *dermatophyton* dont la description s'ajustât complètement et pût même se superposer à celle que nous venons de faire.

Sans prétendre, pourtant, étudier minutieusement et longuement ce sujet, en transportant ici la totalité des éléments de différenciation entre les trois groupes primaires admis par l'auteur cité, *trichophytons*, *microsporons* et *achorions*, nous sommes rapidement portés à considérer le parasite, qui nous intéresse, comme un *trichophyton* spécial, qui s'éloigne considérablement de ceux qui, le plus souvent, nous apparaissent, et qui doit être classifié comme un *épidermophyton*.

Le motif principal qui nous porte à cette conclusion réside, surtout, dans le fait que sa culture présente exclusivement des mycéliums avec une profusion extraordinaire de fuseaux sans autres organes de reproduction, comme il arrive à quelques *trichophytons* et aux *microsporons*, chez lesquels, à côté des fuseaux quand ils existent, nous trouvons toujours, soit des hyphes sporifères simples ou composés, soit des organes nodulaires, soit, encore, des formations pectinées ou spores externes. Avec les microspores notre parasite a, à peine, de commun l'existence de fuseaux nombreux et la rapidité de développement de sa culture. Sabouraud décrit à peine un épidermophyton, l'*inguinalis*, agent de

l'*eczéma marginé de Hebra*. Si nous faisons, pourtant, une confrontation entre ce parasite et le nôtre, nous remarquons facilement qu'il y a un certain nombre de caractères qui sont en désaccord.

Localisation.	*inguinalis* : plis naturels. *nigricans* : ongles et plante des pieds.
Culture . .	*inguinalis* : lente. *nigricans* : rapide.
Couleur . .	*inguinalis* : jaune verdâtre, jusqu'à la fin. *nigricans* : vert olivâtre et ensuite foncé.
Dimensions.	*inguinalis* : 2 centimètres de diamètre et radié; saillies excentriques. *nigricans* : 4 à 5 centimètres non radié, et ombilication centrale.
Formes de sénilité	*inguinalis* : présentes. *nigricans* : absentes.

Dans ces conditions, nous sommes portés, jusqu'à nouvelles informations, ou étude plus approfondie, à considérer le parasite que nous étudions, comme une espèce nouvelle à laquelle nous donnons la désignation d'*Epidermophyton nigricans*. Nous avons eu l'occasion de vérifier, tant dans la culture primitive que dans les subcultures nombreuses et répétées auxquelles nous avons procédé, qu'à mesure qu'elles vieillissaient, elles perdaient la couleur verte olivâtre et l'aspect velouté, pour prendre une tonalité plus sombre, devenant stériles, sèches et pulvérulentes, jusqu'à présenter, finalement, une teinte complètement sombre.

Nous ne savons pas, toutefois, si l'on doit considérer ce changement de couleur comme une altération sénile. Ce qui est certain, cependant, c'est qu'il se vérifie constamment et de la permanence de ce phénomène nous déduisons la qualification de l'espèce.

Brumpt a rangé à côté de l'*Epidermophyton inguinalis* quelques autres espèces :

E. clypciforme (Mac. Carthy, 1925). Isolé d'une lésion cutanée dysidrosiforme; il donne une culture géante ayant l'aspect d'une rondelle.

E. perneti (Castellani, 1908). Trouvé dans un cas d'eczéma mar-



Fig. 9. — Mycose des ongles après la guérison.



Fig. 10. — Mycose des ongles, après la guérison.

giné, ses cultures, rosées au début, prennent, dans les subcultures, une couleur blanchâtre.

E. pulmoneum (Froilano de Melo, 1921). Trouvé dans une épidermophytie inguinale.

Tous ceux-là, cependant, s'éloignent de notre parasite, ou par l'aspect, ou par la couleur des cultures respectives.

Diagnostic. — Il doit donc s'agir d'une mycose généralisée à tous les ongles, causée par une espèce nouvelle — l'Epidermophyton nigricans.

Notre conclusion demeure ainsi rédigée, vu que les infections secondaires dans les ongles malades sont très fréquentes.

Du reste, l'apparition d'autres observations peut nous conduire à une affirmation certaine de ce qui demeure exposé.

Thérapeutique. — Le traitement s'est basé sur le râpage quotidien des ongles et, immédiatement après, pendant une durée de 3 à 5 minutes, sur l'application de teinture d'iode récemment diluée, au sixième, dans l'alcool à 90°. Comme traitement adjuvant, l'iode fut indiqué, *per os,* sous la forme de sirop iodo-tanique.

Un an après le début de ce traitement, les ongles de la main gauche étaient restaurés, excepté ceux du médius et de l'annulaire, qui présentaient des sillons transversaux ténus. A la main droite, les lésions cédèrent, aussi notablement ; on observait, seulement qu'à l'auriculaire, l'ongle se présentait fin, rugueux, cannelé et jaunâtre.

Aux pieds, on enregistrait de même, des améliorations considérables, exception faite, aux derniers doigts, de la fragilité et du ton jaunâtre qui apparaissait sur le bord libre des ongles.

Les lésions cutanées avaient disparu par l'action du mélange iodé.

Au début de janvier de cette année, nous avons constaté la guérison des lésions, confirmée sur les figures 9 et 10.

Nous devons noter encore que le traitement antiluétique, bien qu'il ait amélioré considérablement l'hérédo-syphilis de la malade, n'a pas exercé, malgré tout, la plus légère modification sur l'état lésionnel des ongles.

UN CAS DE NODOSITÉS JUXTA-ARTICULAIRES (JEANSELME) CHEZ UNE FEMME N'AYANT JAMAIS QUITTÉ LA FRANCE

J. PEYROT et P. DE BOISSEZON

Les nodosités juxta-articulaires qui, jusqu'à ces dernières années étaient à peu près exclusivement observées chez les races de couleur, sont actuellement signalées avec une certaine fréquence dans la race blanche chez des individus n'ayant jamais séjourné en pays tropicaux. Aux colonies elles sont le plus ordinairement rattachées au pian et à la syphilis, l'un de nous a eu l'occasion en 1923 d'en présenter un cas à la Société de Médecine et d'Hygiène coloniales de Marseille (1), chez un Dahoméen n'ayant jamais eu de pian et porteur d'un chancre induré, ce qui excluait formellement l'étiologie syphilitique ou pianique.

Nous rappelons brièvement cette observation : le tirailleur Gamo Am..., de Porto Novo, entrait dans le service de vénéréologie de l'hôpital d'instruction de l'Ecole d'application du Service de Santé des Troupes Coloniales pour chancres multiples le 6 juin 1923. Un de ces chancres, induré, hébergeait des tréponèmes constatés le 7 juin. Au niveau de la face postérieure des avant-bras, au niveau de l'olécrâne, Gamo portait deux tumeurs mobiles sous la peau et sur les plans profonds, indolores, ne gênant pas les mouvements, du volume d'une mandarine à droite, d'un œuf de poule à gauche, ayant fait leur apparition dans l'enfance et n'ayant pas augmenté de volume depuis une quinzaine d'années. De consistance dure, à surface irrégulièrement bosselée, sans coloration ni vascularisation anormales de la peau, ces tumeurs furent extirpées sous cocaïne : elles adhéraient à l'aponévrose et au périoste au niveau de l'olécrâne.

(1) J. Peyrot. Nodosités juxta-articulaires non syphilitiques chez un Dahoméen. *Marseille Médical*, 1923, n° 22.

Macroscopiquement il s'agissait d'un tissu fibromateux ordinaire, histologiquement c'était un chondrofibrome sans aucune tendance à la malignité avec des faisceaux conjonctifs denses, non tourbillonnaires, tissu rosé anhiste avec des géodes contenant des cellules cartilagineuses.

En opposition avec ce cas de nodosités juxta-articulaires non syphilitiques chez un Indigène nous venons d'en observer un autre nettement d'origine syphilitique chez une Française.

Un mécanicien de la Compagnie des Chemins de Fer du Midi est reconnu atteint de syphilis ignorée, lors de la prise de sang pratiquée à l'occasion de la visite périodique de sécurité à laquelle sont soumis les agents des Chemins de fer, en juin 1931. Densité optique = 28 (au Vernes), rate percutable, léger subictère conjonctival. Hydarthrose du genou gauche en avril 1931. Gonococcie il y a 23 ans sans hématurie. Pas trace de chancre, ganglions cervicaux et occipitaux. Sur notre demande, il emmène sa femme à la visite du Service Prophylactique de la Compagnie des Chemins de fer du Midi à Toulouse, le 21 octobre 1931. Mme R..., 49 ans, jouissant d'un bon état général est la seule survivante de quatre enfant : les trois autres sont morts l'un à 2 ans de diphtérie, l'autre à 31 ans de broncho-pneumonie, le troisième à 46 ans d'ictère (?). Les parents sont décédés à 68 et 63 ans de refroidissement (?). Elle n'a jamais quitté la région Toulousaine.

Dans son enfance elle a eu de l'ophtalmie jusque vers l'âge de 8 ans; elle n'a pas eu d'albuminurie pendant les deux grossesses qu'elle a menées à terme, pas d'avortement, jamais de rhumatisme. Elle a deux enfants de 18 et 17 ans dont l'aîné présente une grosse déviation de la colonne vertébrale dorsale avec déformation correspondante de la cage thoracique.

En 1927, elle est atteinte de céphalées violentes étiquetées congestion cérébrale qui durent deux mois environ et trois mois après elle constate l'apparition au niveau des avant-bras de petites tumeurs indolores qui ne lui occasionnent aucune gêne : les unes ont grossi, les autres n'ont pas augmenté de volume, leur apparition dans le temps et leur évolution ne peut être autrement précisées.

Ces tumeurs sont situées à l'avant-bras le long du bord postérieur du cubitus dans son tiers supérieur, où s'échelonnent cinq petites masses : trois du volume d'une noix, deux du volume d'une noisette, mobiles, dures, indolores spontanément et à la pression, sans coloration anormale de la peau, sans vascularisation spéciale apparente, sans troubles de la sensibilité. Une tumeur siège exactement au niveau de l'olécrâne sur lequel elle est mobile, roulant sous la peau et sur le plan osseux, du volume d'une noix, les deux autres du même volume sont presque au contact de celle-ci le long du cubitus, puis viennent les deux plus petites, comme des noisettes.

Au niveau du membre supérieur gauche deux tumeurs analogues l'une au niveau de l'épicondyle l'autre au niveau de l'olécrâne, présentant les mêmes caractères que les précédentes et du volume d'une noix chacune. Une rate percutable sur trois travers de doigt, des ganglions cervicaux et épitrochléens, une hernie inguinale sont les seuls points à retenir de l'examen somatique. Le système nerveux est normal quant aux réflexes sensitifs ou moteurs. L'urine ne contient ni albumine ni sucre, 15 gr. 25 d'urée par litre; réactions de Hay et de Gmelin négatives.

Une radiographie faite par le professeur Escande ne montre aucune lésion osseuse, aucune opacification au niveau des nodosités, le soulèvement de la peau à leur niveau est seul visible. Une prise de sang donne : densité optique au Vernes de 64, la malade, pusillanime et arriérée refuse tout traitement par injections et n'accepte qu'avec répugnance un traitement *per os* à l'Elixir Déret.

Le 9 décembre, notre confrère le docteur Aribat, de Castres, profitant de l'occasion d'une cure radicale de hernie veut bien sur notre demande extirper une nodosité au coude droit.

Macroscopiquement : tissu blanc bleuâtre, d'apparence fibreuse. Examen histologique : fixation au liquide de Bouin, inclusion à la paraffine, coloration à l'hématéine-éosine d'une part, à l'hématoxyline Van Gieson d'autre part. Pièce dure et difficile à couper.

A la périphérie de la nodosité on observe de nombreuses masses graisseuses appartenant aux tissus sous-dermiques dans lesquels la tumeur est logée. Le centre est constitué par un tissu fibreux se colorant fortement en rouge par le Van Gieson : donc un tissu particulièrement riche en collagène. Dans cette zone centrale les noyaux sont rares; en dehors au contraire la coloration rouge est moins vive par suite de l'abondance des noyaux bruns et de cytoplasmes teintés en jaune. Au sein de cette masse fibreuse se trouvent de nombreux amas cellulaires inflammatoires les uns disposés comme au hasard de-ci, de-là, les autres situés autour des vaisseaux, ces vaisseaux nombreux sont ainsi entourés de manchons périvasculaires inflammatoires typiques. Aux forts grossissements ces manchons apparaissent constitués en grande partie de plasmocytes et de cellules rondes (fig. 1).

Dans les amas cellulaires épars qui ne sont pas centrés par des vaisseaux on observe, en plus des cellules rondes et des plasmocytes, la présence de cellules claires du type épithélioïde qui parfois sont accolées et constituent des cellules géantes (fig. 2). En aucun point il n'existe de lésions de nécrose et il n'a pu être constaté de tréponèmes (*).

Le traitement consista en Elixir Déret dont l'effet sur la floculation au péréthynol fut de ramener l'indice de Vernes de 64, en octobre 1931, à 31 en mars 1932 tandis qu'une véritable fonte rapide des nodosités s'effec-

(1) Nous remercions M. le professeur Riser qui a bien voulu exécuter dans son laboratoire les microphotographies ci-dessus.

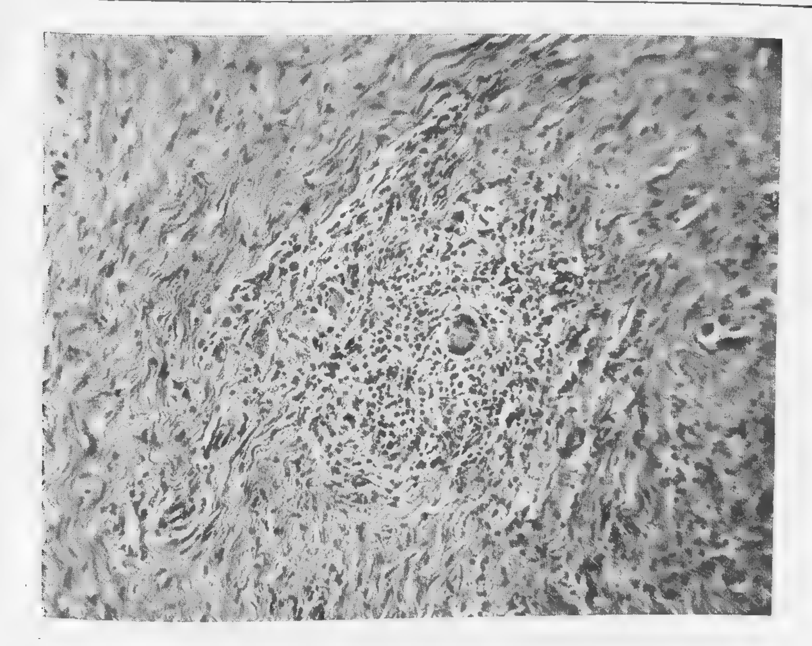


Fig. 1.

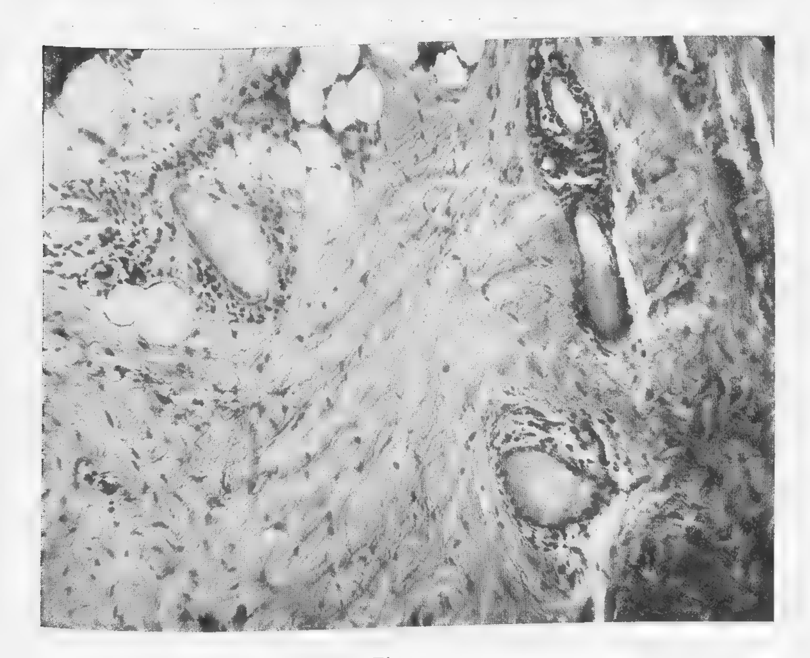


Fig. 2.

tuait, à la Noël il n'en restait pas trace : résultat obtenu avec deux flacons d'élixir.

De la confrontation de ces deux eas nous retiendrons le fait, qu'alors qu'en pays tropicaux, les nodosités juxta-articulaires sont observées exclusivement chez des individus ayant le pian ou la syphilis (ou ayant eu les deux) nous avons ici un noir du Dahomey qui n'a pas eu de pian et qui vient de contracter la syphilis; il n'est donc pas possible d'en rattacher l'étiologie à l'une ou l'autre affection. Nous ferons d'ailleurs remarquer que dans les contrées où le pian est endémique il n'est pas si fréquent qu'on pourrait le penser de trouver des nodosités juxta-articulaires : sur des centaines de cas de pian vus par l'un de nous au Gabon, en Indochine et à la Martinique il n'y avait pas un seul cas de nodosités; il faut autre chose que le tréponème de Castellani ou le tréponème de Schadiunn pour faire des nodosités. Sont-ce les frottements ou contusions répétées, ou le rhumatisme articulaire qui sont en jeu comme facteur étiologique? Peut-être, dans certains cas; mais, pas dans tous.

Chez les individus de race blanche, la syphilis est retrouvée chez tous les malades et le cas que nous rapportons ne fait pas exception à cette règle. Ce qui est exceptionnel c'est seulement la constatation à l'examen anatomopathologique de cellules géantes qui, d'après ce qu'il nous a été possible de vérifier dans les descriptions histologiques que nous avons eues sous la main, n'ont pas été signalées jusqu'à présent dans les nodosités juxta-articulaires; et ceci ne saurait d'ailleurs être invoqué contre une nature syphilitique de l'affection, la présence de cellules géantes ayant été plusieurs fois notée dans maintes lésions fracastoriennes.

Nous noterons enfin l'extrême sensibilité de ces nodosités au traitement puisqu'elles ont disparu en deux mois avec de l'élixir Déret; il est admis d'ailleurs que la plupart des cas obéissent avec facilité à l'action du traitement spécifique qu'il s'agisse d'arsenic, de bismuth ou de mercure associé ou non à l'iodure. Aussi est-ce à ce traitement qu'il faut recourir avant tout autre chez les individus porteurs de nodosités, en réservant l'extirpation chirurgicale aux rares cas rebelles à cette médication et aussi à cuex chez lesquels l'investigation sérologique ne donne pas de réponse positive.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en février 1933.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Maladies Vénériennes, prostitution et chômage, par I. Benech et A. Chiclet. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n° 2, février 1933, p. 81.

Le nombre des prostituées qui ont donné le chômage comme cause déterminante de leur prostitution n'a cessé de croître depuis 1930-1931 (service municipal de la ville de Nancy). Sur 36 prostituées clandestines qui ont déclaré que le chômage les avait poussées à la prostitution, les deux tiers étaient contagieuses et non traitées. Les auteurs insistent sur le danger immédiat de ces prostituées clandestines chômeuses ou non, sur l'importance au point de vue national et social de la lutte à mener.

H. Rabeau.

Nouvelle technique de ma sérodiagnose de la syphilis active, par Olinto Sciarra. *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, n° 2, février 1933, p. 90.

S. a, dans plusieurs mémoires analysés dans les *Annales,* montré la sensibilité de sa méthode de séro-diagnostic. Il a été amené à perfectionner sa technique qui doit être suivie dans les moindres détails ; il en donne ici la technique avec les sérums actifs ou inactivés.

H. Rabeau.

Eczéma arsenical se transformant en érythrodermie arsénobenzolique, puis lui succédant, par Gougerot et R. Cohen. *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, n° 2, février 1933, p. 101.

Un mois après le début du traitement arsenical (4 gr. 80 de 914), apparition d'un eczéma vésiculeux typique ; 12 jours après l'eczéma, érythrodermie généralisée typique avec fièvre et troubles généraux ; 10 jours après, les signes généraux et locaux d'érythrodermie s'apaisent. Il reste un eczéma vésiculeux et squameux qui dure 6 semaines. Il y aurait donc tous les degrés d'intensité, toutes les transformations entre l'eczéma et l'érythrodermie, le mécanisme étant le même, anaphylactique ou par sensibilisation, le degré seul du processus variant.

H. Rabeau.

Contamination syphilitique chez une femme ayant accouché peu d'années avant d'enfants hérédo-syphilitiques, par HISSARD et AUXERRE. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, no 2, février 1933, p. 107.

Femme atteinte de syphilis secondaire ayant accouché 5 ans avant d'un enfant hérédo-syphilitique avec lésions évolutives. L'enquête familiale permit de retrouver des accidents nerveux du grand-père maternel, mort à 51 ans d'ictus paralytique. Sa femme avait eu 5 couches, 2 premiers enfants nés à 7 mois et morts à la naissance, la 3e couche est la malade qui fait le sujet de cette observation, 2 autres enfants bien portants. Les auteurs rapprochent les accidents nerveux du grand-père maternel de l'énurésie du petit-fils ; il font remarquer la coïncidence entre la cessation de l'énurésie et le traitement antisyphilitique.

H. RABEAU.

Deux observations d'immunité syphilitique. Difficulté du diagnostic du chancre amygdalien, par A. CARTEAUD. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, no 2, février 1933, p. 119.

Deux observations de chancres amygdaliens méconnus ; les malades présentant des syphilis florides eurent des contacts sexuels répétés. Leurs partenaires, examinés cliniquement et sérologiquement pendant plus de 3 mois, n'ont pas présenté de syphilis. C. insiste : sur la difficulté du diagnostic dans certains cas de chancre amygdalien ; sur la nécessité de surveiller certaines angines, cliniquement et sérologiquement ; sur ces faits d'immunité naturelle. H. RABEAU.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Nouvelles recherches expérimentales sur la syphilis. Cycle évolutif du virus syphilitique, neuro-syphilis. Virulence du treponema pallidum, par C. LEVADITI, A. VAISMAN, Mlle R. SCHOEN et J. E. MEZGER. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. L, no 2, février 1933, p. 222, 16 fig.

Ce beau mémoire expose les recherches faites en 1931 et 1932, par L. et ses collaborateurs sur les questions suivantes : 1° cycle évolutif du virus syphilitique et 2° étude expérimentale de la neuro-syphilis. Peu après la découverte du tréponème, Schaudinn avait émis l'hypothèse d'un cycle évolutif du virus syphilitique, hypothèse reprise depuis par de nombreux auteurs. Les recherches expérimentales ont montré la virulence des ganglions lymphatiques périphériques de lapins porteurs de syphilomes scrotaux sans qu'il soit possible de déceler de tréponèmes à l'ultra-microscope ou par imprégnation argentique. Par ailleurs, lorsqu'on se sert pour les inoculations d'un matériel ne contenant pas de spirochètes, au lieu d'assister à une pullulation progressive du tréponème entre le moment de la greffe et celui de l'éclosion des lésions syphilomateuses, on assiste à une multiplication pour ainsi dire explosive. On est forcé de conclure que le virus contenu dans le tissu lymphatique de lapin revêt des formes inaccessibles à nos moyens de contrôle, quoique parfaitement capables de se transformer en éléments

spiralés, dès l'instant que les tissus de l'animal-hôte se prêtent à une telle transformation. Chez la souris, les formes spirochétiennes se rencontrent dans une proportion de 50 o/o des cas dans les ganglions périphériques, mais il n'y a aucun rapport entre la virulence de ces ganglions et leur teneur en spirochètes. La greffe de ganglions de souris syphilisés sous la peau du scrotum du lapin montre une période de latence pendant laquelle aucun tréponème ne peut être découvert ni dans le greffon, ni dans les tissus qui l'hébergent, puis brusquement les formes spirochétiennes font leur apparition, en même temps que la structure tissulaire change d'aspect. Tout se passe donc comme si le virus utilisait cette période latente, pour accomplir un cycle évolutif comportant des stades intermédiaires infra-visibles précédant la phase terminale tréponémique végétative. Malgré quelques objections et bien que de nouvelles expériences soient nécessaires pour compléter nos connaissances sur le cycle évolutif du virus syphilitique, on peut, d'ores et déjà, admettre comme fort plausible, sinon définitivement démontrée, la conception de l'existence d'une phase infra-visible dans l'évolution du *treponema pallidum.*

Leurs recherches sur la neuro-syphilis les amènent à conclure provisoirement que le virus syphilitique doit accomplir ailleurs que dans le névraxe certaines phases de son cycle évolutif, sans envahir le système nerveux. Une fois dans le système nerveux, il y persiste longtemps sous une forme inaccessible à nos moyens d'investigation, sans provoquer des altérations pouvant être rapprochées de celles de la paralysie générale. Il reste sous cette forme jusqu'à ce que, pour des raisons encore ignorées, la réactivité du névraxe subisse des modifications allergiques. Le germe alors réussit à vaincre la résistance que l'encéphale opposait à sa pullulation *in situ.* A partir de ce moment, au stade invisible succèdent des formes de transition, destinées à engendrer des parasites spiralés, lesquels contaminent les circonvolutions. La multiplication locale du tréponème amène des altérations intéressant, à la fois, le parenchyme, les vaisseaux et les méninges, altérations caractéristiques de la maladie de Bayle. La culture du virus dans le névraxe comporte probablement des *phases alternantes*, tantôt infra-visibles, tantôt spirochétiennes, ce qui explique les variations quantitatives et la répartition irrégulière des tréponèmes dans le cortex des paralytiques généraux. Vraisemblablement par suite de son développement dans le névraxe, au cours de la période anallergique de la maladie, le virus subit des modifications biologiques se traduisant par une perte partielle ou totale de sa virulence dermotrope, ce qui explique les résultats négatifs obtenus en inoculant au singe ou au lapin des fragments d'encéphale de paralytiques généraux, prélevés *in vivo.* Il semble enfin que certaines souches de virus syphilitique sont particulièrement aptes à se localiser dans le névraxe conformément à la conception du neurotropisme formulée par Levaditi et Marie en 1914.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Bismuthoprévention antisyphilitique en rapport avec l'élimination du bismuth par l'urine, par C. Levaditi, A. Vaisman et Y. Manin. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, n° 15, 10 février 1933, pp. 442-444.

L'élimination bismuthique urinaire chez le lapin ayant reçu une injection intramusculaire d'un sel bismuthique lipo-soluble est très irrégulière. Quand l'élimination atteint 121 γgr. par 24 heures, les animaux sont réfractaires à la syphilis, quand elle baisse à 12 γgr., la prévention est moins bonne (17 o/o). A. Bocage.

Préparation de l'or colloïdal pour la réaction de Lange, par R. I. Macchi-Campos. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, n° 5, 10 février 1933, p. 516.

La technique indiquée permet d'obtenir 80 o/o de solutions utilisables.
A. Bocage.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

Photothérapie du lupus tuberculeux, par J. Meyer. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CIV, 4e cahier, 25 février 1933, art. 3.055.

Dans cette excellente revue générale, M. donne les techniques de photothérapie locale, qu'on associe utilement à la photothérapie générale, et à certains traitements auxiliaires (scarifications, cautérisations...). Il étudie le mode d'action de la lumière et rapporte les beaux résultats de cette méthode qui exige pour la guérison de la patience, du temps et aussi une installation onéreuse. Néanmoins, cette méthode qui, si elle est correctement appliquée, donne des succès dans les neuf dixièmes des cas, devrait être appliquée au traitement de tout lupus inopérable. H. Rabeau.

Le lupus érythémateux et son traitement, par A. Lévy-Franckel. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CIV, 4e cahier, 25 février 1932, art. 30.556.

Courte revue des diverses formes cliniques de lupus érythémateux et des divers modes de traitement : scarification suivie de cautérisation, cryothérapie sur laquelle l'auteur s'étend davantage, et traitement par les sels d'or. H. Rabeau.

Journal d'Urologie (Paris).

Valeur actuelle de la gono-réaction, par P. Barbeillon et Mlle Lebert *Journal d'Urologie*, t. XXXV, n° 2, février 1933, p. 97.

La gono-réaction est une méthode qui mérite d'être mise en œuvre lorsque les examens bactériologiques habituels ne suffisent plus. Cet examen sérologique de haute valeur, pratiqué parallèlement aux examens cliniques et bactériologiques, contribuera à augmenter le faisceau

de preuves aboutissant au diagnostic. Elle devient positive vers la 3e semaine de l'infection. La réaction est toujours positive au cours des complications et surtout des localisations articulaires, reste positive pendant toute la durée de la maladie et souvent 2 mois après la guérison apparente. Si cette positivité persiste 3 mois après cette guérison apparente, on peut douter de la guérison. L'injection de vaccin antigonococcique donne dans les semaines suivantes une gono-réaction positive même si le sujet est indemne de blennorragie. La rectite blennorragique donne une réaction positive. Les uréthrites non gonococciques donnent une réaction négative. Cette gono-réaction doit être utilisée pour s'assurer de la guérison de la blennorragie chez la femme. Une gono-réaction accompagnée d'un argument clinique a une valeur presque absolue. Néanmoins, quelques inconnues persistent : chez un sujet syphilitique, la gono-réaction peut être positive sans blennorragie, donc pratiquer en même temps le Bordet-Wassermann ; elle serait dépourvue de toute valeur diagnostique au cours de la gestation et de la puerpéralité ; enfin, nous ignorons le seuil de sensibilité de la réaction.

H. RABEAU.

Paris Médical.

Le traitement radiothérapique de l'acné juvénile, par J. BELOT. *Paris Médical*, 23e année, no 5, 4 février 1933, pp. 98-103.

L'auteur en rappelle les avantages, les indications et en précise la technique. Il est surtout efficace dans les acnés inflammatoires avec papulo-pustules infiltrées, et particulièrement les variétés à nodules profonds ou phlegmoneuses.

Il faut employer des doses faibles, répétées et espacées, de rayons peu pénétrants, pas ou à peine filtrés : par exemple, 1 heure par semaine 5 ou 6 fois, puis encore quelques séances tous les 15 jours, plutôt à dose moindre. Ne pas faire de vaccinothérapie en même temps.

Résultats excellents : dans moitié des cas, guérison ; 15 à 20 o/o d'échecs.

A. BOCAGE.

Cancers consécutifs aux radiodermites. Leur évolution, leur traitement, par H. BORDIER. *Paris Médical*, 23e année, no 5, 4 février 1933, pp. 109-114, 11 fig.

L'auteur montre avec plusieurs auto-observations de radiologistes, atteints de cancer des doigts, les avantages de la diathermo-coagulation dans cette affection : suppression immédiate de la douleur, cicatrisation en quelques semaines, quelques mois au plus, malgré les altérations cutanées par radiodermite concomitantes.

A. BOCAGE.

La Presse Médicale (Paris).

Affections cutanées et système dentaire, par Ch. FLANDIN et P. SASSIER. *La Presse Médicale*, 41e année, no 9, 1er février 1933, p. 174.

Les rapports existant entre les affections cutanées et les lésions den-

laires sont depuis longtemps connus. En France, Jacquet, Darier, Rousseau-Decelle, Thibault et Raison, dans leur rapport au Congrès de stomatologie, ont attiré l'attention sur ces faits. A l'étranger, Acontu et Rosenow, en particulier, ont bien montré l'importance des foyers infectieux alvéolo-dentaires et leur retentissement général. F. et S. publient quelques observations démonstratives de ces faits. Ils se demandent si les émissions intermittentes de corps microbiens par les foyers alvéolaires ne sont pas, comme l'a dit Tellier, pour quelque chose dans la production de certains chocs anaphylactiques. Ils croient bon de signaler l'importance de la recherche de ces foyers dentaires qui peuvent être à l'origine de lésions cutanées secondes et dont l'intérêt ne saurait être ignoré des praticiens, des dermatologistes et des stomatologistes.

H. Rabeau.

Septicémie gonococcique pure, par I. Nanu (Muscel), S. Jonnesco, I. Claudian et A. Bruil. *La Presse Médicale,* 41e année, no 10, 4 février 1933, p. 194 (1 fig).

Intéressante observation de septicémie gonococcique pure, survenant 11 ans après l'infection uréthrale, et présentant les caractères d'une fièvre intermittente de longue durée, avec légère splénomégalie, leucocytose, polynucléose accentuée et progressive. L'état général restait satisfaisant, l'apparition des accès à la même heure, la splénomégalie, font d'abord penser au paludisme ; la leucocytose avec polynucléose, l'absence d'hématozoaire, la résistance à la quinine font éliminer ce diagnostic. L'hémoculture est venue préciser la nature de cette fièvre intermittente de type pseudo-palustre. H. Rabeau.

Traitement des angiomes tubéreux par les injections sclérosantes de salicylate de soude, par A. Touraine et P. Renault. *La Presse Médicale,* 41e année, no 13, février 1933, p. 259.

Les injections sclérosantes à l'aide d'une solution de salicylate de soude à 20 o/o réalisent pour le traitement des angiomes tubéreux une méthode simple, rapide et sans dangers. Les auteurs précisent quelques points de leur technique qui leur a donné en 3 à 5 semaines, suivant le volume de l'angiome, des résultats satisfaisants. Il faut, en particulier, attaquer l'angiome par la périphérie en peau saine, à un centimètre de la périphérie de l'angiome, faire une injection chaque semaine, et si la sclérose n'est pas suffisante, utiliser des solutions salicylées plus concentrées. H. Rabeau.

Le traitement des angiomes cutanés par les injections sclérosantes de chlorhydrate double de quinine et d'urée associés à la cryothérapie, par A. Sézary, M. Ducourtioux et G. Barbara. *La Presse Médicale,* 41e année, no 13, 15 février 1933, p. 260.

Les auteurs distinguent les angiomes tubéreux et sous-cutanés dont la guérison est facile, les angiomes plans dont la guérison est difficile. Les injections sclérosantes de chlorhydrate double de quinine et d'urée

à 5 ou 10 o/o, leur ont donné des résultats remarquables, mais ils leur associent la cryothérapie pratiquée de suite après l'injection sclérosante. Ils se servent pour leurs injections d'aiguilles fines à intradermo, injectant de petites quantités de solution pour tâter la susceptibilité des malades vis-à-vis de la quinine, augmentant ensuite les doses. Les résultats esthétiques sont identiques à ceux donnés par le radium.

H. Rabeau.

Forme cutanée ulcéreuse de la lymphogranulomatose maligne ; ses rapports avec le mycosis fongoïde, par C. Læderich, H. Mamou et A. Beauchesne. *La Presse Médicale,* 41e année, no 14, 18 février 1933, p. 177, 4 fig.

Favre et Crozat classent les manifestations cutanées de la lymphogranulomatose maligne en 2 grands groupes : *a*) les manifestations non spécifiques, réactions cutanées d'aspect banal et communes à d'autres affections ; *b*) les manifestations spécifiques décrites par Grosz en 1906, consistant en des infiltrations cutanées plus ou moins étendues dans lesquelles l'examen histologique est caractéristique. La forme ulcéreuse de ces lésions, très exceptionnelle en France, est moins rare à l'étranger. La belle observation des auteurs leur est l'occasion de dégager les caractères de ces ulcérations de la lymphogranulomatose cutanée maligne, date d'apparition, mode de développement, siège, dimension, nombre, aspect, évolution. Ils montrent leurs caractères distinctifs d'avec les ulcérations de la syphilis tertiaire, de la tuberculose, des mycoses, des cancers cutanés, des ulcérations leucémiques. Le diagnostic clinique différentiel avec le mycosis fongoïde est ici des plus délicats, et même les arguments histo-pathologiques demandent à être discutés. Les deux affections portent sur les mêmes tissus, ce sont des réticulo-endothélioses. Si pour certains les réactions tissulaires présentent des différences notables, en l'ignorance où nous sommes aujourd'hui de la nature de l'une et de l'autre on ne saurait porter de conclusion ferme sur l'identité ou la dualité de ces deux affections.

H. Rabeau.

Lyon chirurgical.

Mal de Pott syphilitique de la première enfance, par Péhu, Guilleminet et Boucomont. *Lyon chirurgical,* t. XXX, no 1, janvier-février 1933, p. 73.

D'après les auteurs, les maux de Pott syphilitiques ne seraient pas aussi rares qu'on veut bien le dire ; on accepte trop facilement le diagnostic de tuberculose. D'ailleurs, bien des cas de mal de Pott syphilitique restent méconnus parce que leur évolution est latente ; il faudrait recourir à la radiographie pour établir le diagnostic.

Les auteurs rapportent une observation intéressante où les lésions ne sont pas hyperostosantes comme de coutume, mais se présentent sous forme de spondylite raréfiante.

Jean Lacassagne.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

La tuberculose cutanée dans les provinces rhénanes (Die Hauttuberkulose in der Rheinprovinz), par Asta von Mallinckrodt-Hauft. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, février 1933, f. 5-6, p. 295.

En 10 ans, les cliniques de Bonn, Cologne, Dusseldorf ont vu passer 844 femmes et 687 hommes atteints de tuberculose cutanée. C'est en 1920 et 1921 que le nombre a été le plus élevé ; depuis lors, régression, sauf en 1925-1926. Le maximum s'observe dans les premiers mois de l'année ; forte diminution en juin. Les lupus sont plus fréquents dans les régions montagneuses pauvres que dans la vallée.

Ch. Audry.

Sur les modifications de la muqueuse buccale dans la maladie de Darier (Ueber Schleim haut-Veränderungen bei Morbus Darier der Mundhöle), par G. Schreinemacher. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, f. 5-6, février 1933, p. 311.

I. — Un tailleur de 45 ans, porteur d'une maladie de Darier typique, présente en outre une surface granuleuse de la gencive supérieure médiane, et quelques efflorescences blanchâtres et granuleuses sur la muqueuse de la joue et du voile du palais.

II. — Un photographe de 25 ans, également atteint de la maladie cutanée de Darier, présente une surface granuleuse sur la ligne médiane du maxillaire inférieur ; les efflorescences s'étendent sur la peau qui oblitère la surface d'extraction d'une dent. Le reste de la muqueuse buccale est sain. Dans les deux cas, langue normale. Dans les deux cas, l'examen histologique offre un exemple complet de la lésion habituelle (corps ronds, fissuration, etc.).

C'est Fabry qui a signalé les lésions des muqueuses (buccales) dans la maladie de Darier. On les a observées sur les lèvres, sur la voûte palatine, la luette, les amygdales, le pharynx, les joues et l'épiglotte, l'œsophage, la muqueuse ano-rectale, le clitoris, les grandes lèvres.

Dans tous les cas, il s'agit d'efflorescences agminées ou disséminées dont la structure est semblable à celle des efflorescences de la peau ; cependant, dans un petit nombre de cas, on n'a pas retrouvé les corps ronds typiques. S. insiste sur les rapports que les lésions semblaient affecter avec les orifices des glandules salivaires.

La thérapeutique ne donne guère de résultats.

Ch. Audry.

Sur les réactions de floculation dans le liquide céphalo-rachidien (Zur Frage der Flockungs reaktion im Liquor), par R. Fœrster. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXV, f. 5-6, février 1933, p. 326.

Technique : le liquide doit être clair, ne pas contenir de sang et être chauffé 30 minutes à 55° ; l'extrait de citochol sera dilué à parties égales avec de l'eau salée à 0,9 o/o et employé une minute après. A 0 cc. 5

de liquide on ajoute : 0 cc. 1, 0 cc. 5, 0 cc. 25 d'antigène ; agitation pendant 1 minute ; lecture immédiate ou après séjour à la température du laboratoire. Dans les cas douteux, s'aider de l'agglutinoscope.

F. a ainsi examiné 250 liquides : 92 o/o de concordance avec la réaction de Bordet-Wassermann ; dans 8 o/o des cas, il y a eu discordance, dont 2 o/o en faveur de la réaction au citochol. Pas de réactions non spécifiques. Les liquides qui réagissent plus faiblement au citochol provenaient le plus souvent de paralytiques généraux traités, ce qui confirme les constatations de Störring. La réaction au citochol a parfois l'inconvénient, difficile à supprimer, d'une lecture délicate.

L. Chatellier.

Séparation de la neurodermite avec l'eczéma chronique par l'étude de la constitution (Die Abgrenzung der Neurodermitis von chronischen Ekzem auf Grund konstitutionneller Betrachtung), par R. Brandt. *Dermatologische Zeitschrift,* t. LXV, f. 5 6, février 1933, p. 330.

Le diagnostic clinique de la neurodermite et de l'eczéma chronique est souvent très difficile. B., dans cette revue, s'efforce de préciser les caractères « constitutionnels » propres à chacune des deux affections. Ainsi il étudie l'aspect de la peau, la couleur et la répartition des poils, caractères secondaires qui ne renseignent guère. Au contraire, les troubles vasculaires et circulatoires sont plus intéressants : l'irrigation cutanée est mauvaise dans la neurodermite ; dans l'eczéma chronique, la distribution sanguine est irrégulière, ce qui fait apparaître, sur la peau du visage en particulier, des « taches ». Dans la neurodermite, le dermographisme manque souvent ou est peu accentué, rarement très vif, alors qu'il est plus constant dans l'eczéma chronique. C'est le facteur constitutionnel allergique qui est particulièrement important dans les deux affections ; les réactions allergiques sont plus vives et plus nettes dans la neurodermite que dans l'eczéma chronique. Cette « constitution allergique » se définit par la propriété qu'a l'organisme de répondre à diverses substances par la formation d'anticorps allergiques ; le mécanisme de cette allergie est complexe et encore mal défini.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Valeur pronostique des lésions des muqueuses dans le pemphigus (Uber die prognostiche Bedeutung der Schleimhautveränderungen beim Pemphigus, par S. Serefis. *Dermatologische Wochenschrift,* t. LVI, nº 5, 4 février 1933, p. 145 (1 fig.).

Habituellement on considère comme particulièrement grave le pemphigus qui comporte des lésions des muqueuses (bouche, pharynx, etc.). Cependant, il existe un certain nombre d'observations publiées qui font exception à cette règle. S. donne l'observation d'une femme de 60 ans qui, pendant 11 années, présenta des bulles récidivantes de la conjonc-

tive gauche, au bout de ce temps, poussée bulleuse généralisée sur la peau et les muqueuses buccales, genitales, etc. Cependant, l'état général resta bon, et la malade finit par devenir entièrement libre de manifestations au bout de 9 mois. CH. AUDRY.

Erythrodermie ichtyosiforme (Ichtyosiforme Erythrodermie-Erythrodermie congénitale ichtyosiforme de Brocq. Kératosis rubra congenita Rille) par W. GASPER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 5, 1933, p. 150 (6 fig.).

Il s'agit d'un cas de la maladie décrite par Brocq, et peu après par Rille, sous les noms ci-dessus reproduits ; il ne peut exister de doutes sur l'identité des deux syndromes. G. donne l'observation d'un enfant de 9 ans en offrant un exemple typique, sauf les bulles, ce qui peut s'expliquer par l'âge du malade : érythrodermie, état ichtyosique, hypertrichose, ongles larges, lisses, sains, etc. CH. AUDRY.

Caféine, dermatoses et maladies sexuelles (Koffein, Haut- und Sexualerkrankungen), par A. PAPENDIECK. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 5, 4 février 1933, p. 160.

On sait que la caféine se rapproche des corps puriques (xanthine, théobromine, etc.) et que le café non grillé en contient 1-1,5 o/o. La torréfaction modifie le café, mais laisse subsister une bonne part de la caféine. Celle-ci agit, de façon complexe, sur l'appareil cardio-vasculaire, sur le rein et le système nerveux. A ces propriétés, Stieve a ajouté l'action de la caféine sur les organes sexuels. En administrant de la caféine à des lapins et à des lapines, il a constaté une mortinatalité considérable (70 o/o), la diminution du nombre des petits à chaque portée. L'administration de la caféine, seulement pendant la gestation, retentit de la même façon sur la reproduction. A la longue, la caféine détermine des troubles de l'état général. Sans vouloir conclure de l'animal à l'homme, il importe de signaler cette toxicité particulière du café. Le thé, qui contient aussi de la caféine, est mieux toléré par l'homme. Cette anomalie est aujourd'hui expliquée : le thé contient du tannin et de l'adénine qui diminuent ou suppriment l'action de la caféine. L. CHATELLIER.

Sur les réactions allergiques dans les dermites salvarsaniques (Uber die allergischen Reaktionen bei den Salvarsandermatitiden), par L. POPOFF et P. POPCHRISTOFF. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 6, 11 février 1933, p. 189.

Chez tous les malades, les auteurs ont obtenu des réactions positives par l'injection intradermique d'une solution à 1 o/o d'arsénobenzol, même chez les malades qui n'avaient jamais été injectés auparavant (idiosyncrasie). Quand la sensibilité aux arsénobenzols est acquise, il arrive que l'épreuve soit négative ; elle devient positive, quand la dermite commence à s'atténuer. L'épreuve est une manifestation allergique, qui a son siège dans l'épiderme. La réaction d'épreuve est néga-

tive au début de la dermite parce que tous les anticorps se fixent sur le néosalvarsan injecté ; ils se libèrent progressivement, pour donner alors une réaction positive. Lorsque la formation d'anticorps est intense, ils passent dans le sang et la transmission passive est possible. La sensibilisation aux arsénobenzols est souvent polyvalente. Elle ne s'adresse pas à l'arsenic, mais à l'arsénobenzol en tant que composé individualisé. L'épreuve dermique employée systématiquement décélerait les sensibilités et servirait à prévenir les accidents. L. CHATELLIER.

Sur la fréquence de la lymphogranulomatose inguinale et son traitement (Beiträge zum gehäuften Vorkommen der Lymphogranulomatosis inguinalis und deren Behandlung), par F. v. VERESS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 6, 11 février 1933, p. 201.

A Cluj (Klausenburg), pendant les 5 ou 6 dernières années, on a observé environ 150 cas de la maladie de N. F. D. Comme traitement : expectative ou intervention chirurgicale radicale. La protéinothérapie n'est pas inutile ; la radiothérapie doit toujours être pratiquée. Si les ganglions sont ramollis, il faut les ponctionner et les vider par aspiration ; après quoi on les lave à l'acide phénique. C'est la meilleure méthode, et la moins mutilante. CH. AUDRY.

Recherche sur une modification de l'épilation par le thallium (Versuche zu einer Modifikation der Thalliumepilation), par A. BUSCHKE, F. SPANIER et PFLEGER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 7, 18 février 1933, p. 226.

L'acétate de thallium est un corps difficile à manier. Buschke et ses élèves se sont attachés à en préciser les doses. Ils l'ont associé à la radiothérapie pour diminuer la toxicité de l'un et l'autre. La méthode combinée a donné des résultats variables : excellents pour les uns, médiocres pour d'autres. D'autre part, le thallium ne doit s'employer que chez les jeunes sujets, au plus tard immédiatement après la puberté. L'adulte est très sensible au thallium ; les auteurs ont voulu vérifier expérimentalement si cette sensibilité n'était pas imputable à la régression normale du thymus. Sur les souris et les rats, ils ont constaté que les extraits de thymus permettaient l'emploi de doses plus élevées de thallium. Lors d'une épidémie de microsporie dans un asile d'enfants arriérés, 13 enfants ont été traités : 2 ont pu être épilés ; des 11 autres, 4 ont été traités sans extrait thymique (thymoglandol), les autres avec extrait ; les uns ont reçu 8 milligrammes et d'autres 6 milligrammes, avec des résultats variables, en général bons. Aucun signe d'intoxication, bien que l'âge des enfants oscillât de 8 à 12 ans. Les auteurs ne tirent encore aucune conclusion de cette expérience.

L. CHATELLIER.

Un nouveau cas de gangrène infectieuse du scrotum causé par le bacille de la gangrène cutanée de Milian (Neuer Fall von infektiöser Skrotalgangränerursacht durch den Bacillus gangrenae cutis (Milian)), par P. Balog. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 7, t. XCVI, 18 février 1933, p. 231 (2 fig.).

Gangrène aiguë du scrotum survenue chez un paysan égyptien de 50 ans ; la culture donna à l'état de pureté le bacille décrit par Milian en 1917, bacille qui avait été isolé et décrit, après Milian, et sans connaître ses travaux, par Onsy, au Caire. Ch. Audry.

Lymphogranulomatose inguinale et uréthrite non spécifique (Lymphogranulomatis inguinalis und urethritis non specifica), par J. Polak (Java). *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 7, 17 février 1933, p. 233.

3 cas observés à Java, sur des Européens, porteurs de la maladie de N. F. D., chez lesquels la lymphogranulomatose inguinale avait été précédée, 3 ou 4 semaines plus tôt, par une uréthrite banale, et sans érosion cutanée appréciable. Ch. Audry.

Sur l'étiologie des rétrécissements vénériens du rectum (Zur Frage der ætiologie der « venerischen » Rektalstrikturen), par H. Strauss. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 7, 18 février 1933, p. 235.

On ne peut douter que les rétrécissements ne soient dus au virus de la lymphogranulomatose inguinale puisque 69 cas sur une statistique de 72 donnent une réaction de Frei positive, mais l'étiologie exacte reste indéterminée. Il faut cependant relever la prédominance du sexe féminin (397 hommes sur 1128 cas) et la constance des autres antécédents vénériens. Ch. Audry.

Recherches sur l'urticaire a frigore et l'urticaire provoquée (Untersuchungen bei Kälteurticaria und Urticaria factitia), par F. Marquardt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 8, 25 février 1933, p. 261.

De ses recherches dans 3 cas d'urticaire *a frigore* et 1 cas d'urticaire provoquée, M. conclut que :

la transmission de la sensibilité au froid par le sérum sanguin n'est pas possible, ni par la méthode de Praussnitz-Kützner, ni par la méthode de Lehner et Rajka ;

les réactions vasculaires provoquées par le froid dans les territoires cutanés soumis à la stase artificielle parlent contre la nature allergique de l'urticaire *a frigore* ;

l'hypothèse d'une réaction allergique s'est fondée surtout sur la diminution des globules blancs et, à un moindre degré, sur les modifications de la formule sanguine déterminées par le froid ;

la sensibilité des nerfs sensitifs n'est pas accrue après application d'alcool mentholé à 10 o/o.

Dans un cas d'urticaire sérique, pas de transmission passive ; en faveur de la nature allergique, on a constaté une diminution des leucocytes après une crise d'urticaire.

D'autres recherches sont nécessaires si l'on veut prouver la nature allergique de l'urticaire *a frigore*. L. Chatellier.

Sur la nature chimique de la « toxine pellagreuse » et la découverte du traitement de la pellagre par l'hyposulfite (Uber die chemische Natur des « Pellagratoxins » und die Entdeckung der Thiosulfatbehandlung der Pellagra), par I. Sabry. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXVI, nos 7 et 8, 18 et 25 février 1933, pp. 217 et 265, 4 fig.

On sait qu'une pomme (ou une pomme de terre) ouverte et laissée à l'air libre prend rapidement une teinte noirâtre, par oxydation d'une substance mère contenue dans le suc du fruit. Cette substance est très voisine de la tyrosine. D'autre part, le pigment de la seiche résulte aussi de l'oxydation par ferment de la tyrosine. Enfin, B. Bloch a montré que la mélanine se formait par oxydation d'un propigment, très semblable, sinon identique, à la dioxyphénylalanine ou, en abrégé, dopa. S'appuyant sur ces notions, S. interprète les symptômes de la pellagre, où, à côté de manifestations générales et gastro-intestinales, domine une pigmentation cutanée, que le soleil provoque ou favorise surtout au printemps et en automne. La pellagre serait donc liée à une intoxication par une substance capable de former du pigment, donc voisine de la dopa : pellagrotoxine. Or, jusqu'à ce jour, on a invoqué diverses étiologies : avitaminose, parasitisme, intoxication par le maïs ; toutes ces théories ont dû être abandonnées. Cependant, l'intoxication par le maïs n'était pas contradictoire à l'hypothèse d'une intoxication par un pigment. Comment ? S. a étudié plusieurs espèces de maïs et il a constaté l'existence de maïs à grains noirs, dont la répartition géographique répondait à la distribution de la pellagre. Ces grains noirs contiennent une substance que S. montre identique à la dopa. Son absorption prolongée détermine une toxémie. Récolté en décembre et consommé dans les mois qui suivent, le maïs ne produit de signes pigmentaires qu'au printemps, avec rechutes fréquentes en automne. Autre constatation : 2 malades sont vus par S. avec une pellagre authentique, mais ils n'avaient pas consommé de maïs, mais, alcooliques, ils ingéraient un vin frelaté, composé en particulier d'une substance colorante semblable à la dopa. Donc, d'autres substances que le maïs pouvaient contenir le toxique incriminé ; et ainsi s'expliquent les cas de pellagre sans nourriture à base de maïs.

S. s'est ensuite attaché à neutraliser la toxine pellagreuse. Après de patientes recherches, il s'est arrêté à l'hyposulfite de soude, qui a la propriété *in vitro* de modifier et de rendre inoffensif le pigment des fruits ou la dopa, et qui, chez les 97 malades traités, a amené plus ou moins vite l'amélioration que la guérison de la maladie. A cette occasion, intéressante observation d'une pellagre aiguë guérie par ce procédé (injection intraveineuse quotidienne de 10 centimètres cubes d'une solution à 10 0/0 ; 10-60 injections). L. Chatellier.

Revista Argentina de Dermatosifilologia (Buenos-Ayres).

Vaccination curative de l'actinomycose (Vacuna curativa de la actinomicosis), par Pablo NEGRONI. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 45, 5 fig. Numéro spécial pour le 25e anniversaire de la fondation sociale de Buenos-Aires.

P. N. ensemence le milieu synthétique de Sauton avec deux souches d'*actinomyces asteroides* et avec une souche d'*actinomyces bovis* provenant de Rio de Janeiro.

Après un mois de séjour à l'étuve à 37°, le liquide est filtré sur papier, puis sur bougie Pasteur L^3.

Après vérification de la stérilité et de l'innocuité de la préparation par des inoculations à l'animal, P. N. l'a utilisée dans 4 cas d'actinomycose humaine cervico-faciale.

Les résultats obtenus montrent l'action réellement curative du vaccin. La résorption complète de la réaction fibreuse et inflammatoire ne peut être obtenue, mais il suffit d'une séance de rayons X pour que la lésion disparaisse, ne laissant comme reliquat qu'une cicatrice molle.

L'utilisation locale du vaccin en injections dans les trajets fistuleux donne également d'excellents résultats. J. MARGAROT.

La sérologie de la lèpre (La serologia de la lepra), par José J. PUENTE. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 53. Numéro spécial pour le 25e anniversaire de la fondation sociale de Buenos-Ayres.

Les réactions de Wassermann, de Kahn et de Besredka présentent un pourcentage d'autant plus élevé de positivité que la forme de lèpre est plus grave.

Au début de l'affection hansénienne, il existe un certain parallélisme entre la réaction de Wassermann et l'existence d'une syphilis.

Dans de nombreux cas le néosalvarsan et le bismuth aident à négativer les réactions. La concomitance de la positivité des trois réactions est en faveur d'une syphilis associée.

Dans ses formes les plus graves, la lèpre peut donner des réactions positives en dehors de la syphilis. Dans ce cas, le traitement spécifique ne modifie pas les réactions.

Dans certains cas de lèpre au début, un traitement à base d'huile de chaulmoogra peut rendre négatif le Besredka.

Les malades qui présentent des réactions négatives ou chez lesquels les réactions deviennent négatives sont ceux dont la maladie est stationnaire ou qui présentent une évidente disparition de leurs lésions. Il y a là un utile élément de pronostic. J. MARGAROT.

Le traitement de la syphilis doit être précoce et intensif (El tratamiento de la sifilis debe ser precoz e intensivo), par Pedro L. BALINA. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 79. Numéro spécial pour le 25e anniversaire de la fondation sociale de Buenos-Ayres.

Qu'il s'agisse de prophylaxie sociale ou de prévention individuelle

des accidents tardifs, l'attention doit se concentrer sur les syphilitiques qui présentent un accident initial datant de peu de jours ou des manifestations secondaires d'apparition récente.

Les cas qui présentent le plus grand intérêt au point de vue de l'efficacité thérapeutique sont ceux dans lesquels l'infection existe depuis peu. Traiter à ce moment opportun le malade, c'est réaliser la prophylaxie intégrale. Cette opinion est celle de la majorité des syphiligraphes. L'auteur admet comme eux que la meilleure prophylaxie des accidents graves et surtout des accidents nerveux est un traitement spécifique suffisant pour empêcher l'apparition de réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien.

Les cures doivent être énergiques et répétées à des intervalles rapprochés. J. Margarot.

Thérapeutique inadéquate de la syphilis (Terapeutica inadecuada de la sifilis), par José Luis Carrera. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 95. Numéro spécial pour le 25e anniversaire de la fondation sociale de Buenos-Ayres.

J. L. C. ajoute au rapport du professeur Balina quelques commentaires sur le traitement « inadéquat » de la syphilis que réalisent un grand nombre de praticiens. Il relève les principales erreurs commises, soit en ce qui concerne le diagnostic — soit en ce qui concerne la thérapeutique — celle-ci péchant soit par défaut, soit par excès.

J. Margarot.

Considérations cliniques et thérapeutiques sur le lupus érythémateux (Consideraciones clinicas y terapeuticas sobre lupus eritematoso), par Juan Pessano. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 158, 5 fig. Numéro spécial pour le 25e anniversaire de la fondation sociale de Buenos-Ayres.

Dans un travail basé sur l'étude de 100 cas de lupus érythémateux observés depuis 5 ans à l'Hôpital Rawson, J. P. étudie les modalités cliniques et quelques symptômes secondaires du lupus érythémateux.

Il signale d'abord le lupus érythémateux *tumidus* dont les plaques rouges, violacées, arrondies ou ovalaires, sensibles à la pression, non desquamatives avec infiltration œdémateuse et molle ont été décrites par Gougerot, Besnier et O. Eliascheff.

La forme papillomateuse ou végétante de Milian et Périn se caractérise par des végétations sessiles ou pédiculées conglomérées, séparées par des sillons, formant des plaques arrondies, du volume d'une pièce de un franc sur une base érythémateuse.

J. P. décrit la forme vililigoïde, faite de taches achromo-hyperchromiques, ressemblant au vitiligo, mais sur les taches achromiques existe un érythème avec desquamation.

Un autre type rappelle le chloasma : un lupus érythémateux discret évoluant chez une femme laisse après lui une hyperchromie marron

semblable au chloasma, avec cette différence que l'on observe sur le fond des points d'atrophie, cicatricielle ou desquamative.

J. P. a observé chez deux malades une variété à laquelle il donne le nom de forme érythémato-papuleuse. L'éruption se constitue en quelques jours sous la forme d'éléments lenticulaires. Elle est habituellement fugace et disparaît en quelques mois. Les traitements généraux agissent sur elle avec la plus grande facilité.

Viennent enfin cinq cas de lupus érythémateux aigus :

1° Les uns sont faits d'éléments papulo-squameux et papulo-croûteux folliculaires et extra-folliculaires, siégeant sur le tronc et les extrémités, du volume d'une tête d'épingle. Quelques-uns présentent une minime ulcération visible quand on enlève la petite croûte squamo-croûteuse qui les recouvre. Elles simulent des tuberculides papulo-nécrotiques en miniature et sont constituées par de la kératose avec congestion, infiltration lymphocytaire et conjonctive.

2° D'autres s'accompagnent de bulles impétigoïdes, pemphigoïdes et varicelloïdes.

3° D'autres enfin sont caractérisées par des éléments du type érythème noueux.

Dans trois cas de lupus érythémateux aigu, J. P. a observé des adéno-phlegmons du cou du type ligneux (régions sous-maxillaire et carotidienne).

Ni l'analyse des antécédents personnels et familiaux, ni les recherches sérologiques ne permettent de conclure que les sujets atteints de lupus érythémateux sont entachés de bacillose. Par contre, la fréquence des réactions de Wassermann positives, l'existence d'opacités diffuses des lobes moyen et inférieur du poumon, la fréquence des lésions aortiques chez les malades sont en faveur d'une étiologie syphilitique. Le traitement par le bismuth est celui qui donne les meilleurs résultats.

J. Margarot.

Coup d'œil d'ensemble sur l'évolution de la dermatologie contemporaine, par R. Sabouraud. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 190. Numéro spécial pour le 25e anniversaire de la fondation sociale de Buenos-Ayres.

L'histoire de la dermatologie des cinquante dernières années fait assister aux adaptations successives des cliniciens aux idées pasteuriennes et aux notions plus récentes d'allergie, d'anaphylaxie, de colloïdoclasie, etc. Les phénomènes de sensibilisation confèrent une nouvelle réalité aux diathèses oubliées... « Il est bon d'acquérir de nouvelles richesses scientifiques, mais il est prudent d'abord de conserver celles qu'on a. »

L'adoption successive des techniques cliniques, anatomiques, bactériologiques, mycologiques, physiologiques, etc., aurait donné peu de résultats si l'avènement de chacune d'elles avait entraîné l'abandon des précédentes. On peut laisser de côté les idées théoriques anciennes lors-

qu'elles s'avèrent erronées, mais ne rien perdre des faits sur lesquels on les avait fondées ni des méthodes thérapeutiques qui ont fait leurs preuves. J. MARGAROT.

Sur la tuberculose lupeuse rupioïde (ostréacée) serpigineuse (Sobre tuberculosis luposa rupioides (ostreacea) serpiginosa), par J. JADASSOHN. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 201. Numéro spécial pour le 25e anniversaire de la fondation sociale de Buenos-Ayres.

J. J. décrit une forme peu commune et rarement observée de tuberculose lupeuse de la peau.

Elle se caractérise par l'existence sur la peau de foyers plus ou moins grands, parfois très étendus, uniques ou multiples, nettement limités et de forme serpigineuse. La bordure est d'épaisseur variable et se trouve constituée par des croûtes ostréacées, de coloration grise et de hauteur variable.

J. donne à cette variété le nom de tuberculose lupeuse rupioïde (*s. ostreacea*) serpigineuse. Elle est très rare et présente un grand intérêt au point de vue du diagnostic. J. MARGAROT.

Le pronostic d'une réaction négative du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis, par Paul RAVAUT. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 206. Numéro spécial pour le 25e anniversaire de la fondation sociale de Buenos-Ayres.

D'une façon générale, chez des syphilitiques soumis à une thérapeutique régulière, dont le liquide céphalo-rachidien et le sang sont négatifs après les premières années de l'infection, il est tout à fait exceptionnel de voir apparaître ultérieurement des déterminations nerveuses.

Dans la pratique, un syphilitique convenablement traité pendant les trois premières années de sa maladie, dont le sang s'est toujours maintenu négatif et ayant à la fin de cette troisième année un liquide céphalo-rachidien négatif, a de grandes chances de ne jamais présenter dans la suite d'accidents de syphilis nerveuse. J. MARGAROT.

Un nouveau type de tuberculides : les tuberculides ulcéreuses, par L.-M. PAUTRIER. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 217, 3 fig. Numéro spécial pour le 25e anniversaire de la fondation sociale de Buenos-Ayres.

P. décrit une nouvelle forme de « tuberculides ulcéreuses » qui doivent prendre place entre la forme ulcéreuse de la maladie de Bazin et les ulcères tuberculeux atypiques. Elles débutent par de petites ulcérations à l'emporte-pièce de la grosseur d'un grain de plomb, acquièrent progressivement les dimensions d'une pièce de un franc. Leurs bords sont taillés à pic. Un tissu érythémateux et infiltré les entoure. La ressemblance est grande avec l'érythème de Bazin, mais on ne trouve pas d'infiltration hypodermique.

Ces ulcères peuvent acquérir de grandes dimensions et parfois fusionner par leurs bords, réalisant des ulcérations polycycliques.

L'histologie montre un infiltrat tuberculoïde avec absence à peu près complète de cellules géantes. J. MARGAROT.

Un cas particulièrement rebelle de prurit vulvaire « sine materia ». Essai de traitement par la résection du nerf pré-sacré, par Clément SIMON. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 226. Numéro spécial pour le 25e anniversaire de la fondation sociale de Buenos-Ayres.

Une femme de 30 ans présente un prurit vulvaire intense qui résiste à tous les traitements. Les grandes lèvres sont lichénifiées, ainsi que la demi-muqueuse clitoridienne.

Un chirurgien enlève l'ovaire droit. Le prurit disparaît pendant 8 jours pour reparaître, presque insignifiant, sur la grande lèvre droite et un peu plus fort sur la gauche. Quelque temps après, il augmente à gauche et reparaît à droite.

C. S. fait alors pratiquer la résection du nerf pré-sacré. Les démangeaisons s'intensifient. On réussit à les rendre moins violentes par des injections de camphre-acide salicylique le long des nerfs honteux internes.

7 mois après l'opération le prurit persiste, mais beaucoup moins accusé que par le passé. La lichénification est atténuée.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait qu'elle constitue le premier essai de traitement du prurit vulvaire par la résection du nerf pré-sacré. J. MARGAROT.

Traitement des tuberculoses cutanées par les injections locales de sels d'or, par GOUGEROT et BURNIER. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 229. Numéro spécial pour le 25e anniversaire de la fondation sociale de Buenos-Ayres.

15 malades atteints de formes diverses de tuberculose cutanée ont été traités par des injections dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous-jacent à la lésion, d'un centimètre cube d'une solution de crisalbine à 1 o/o, répétées toutes les semaines.

Malgré quelques réactions locales ou générales, le traitement a été bien supporté.

L'aurothérapie locale doit prendre place à côté de l'aurothérapie générale. Elle paraît plus active que cette dernière chez quelques malades et se touve particulièrement indiquée dans des lésions tuberculeuses nettement limitées. J. MARGAROT.

Revista Sud-Americana, de endocrinologia, Immunologia y Quimicothérapia (Buenos-Ayres).

Contribution à l'étude de la calcémie dans les dermatoses (Contribucion al estudio de la calcemia en las dermatosis), par José Luis CARERA. *Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Immunologia y Quimioterapia*, 25e année, n° 12, 15 décembre 1932.

Après avoir étudié la calcémie chez 167 malades atteints de dermatoses

diverses, J. L. C. fait la critique des travaux des auteurs qui l'ont précédé dans cet ordre de recherches. Il souligne la différence des chiffres qu'il a pu établir avec la méthode de Clark et Collip et des résultats, pour la plupart contradictoires, obtenus avec les autres méthodes :

1° La méthode dite de Clark et Collip est suffisamment exacte pour permettre d'apprécier les modifications de la calcémie dans les dermatoses à la condition que la recherche soit faite par un technicien spécialisé.

2° Les anomalies notées par de nombreux auteurs dans le taux de la calcémie au cours des maladies cutanées doivent être mises sur le compte d'une technique défectueuse. Les variations s'éloignent en général très peu de la normale.

3° La légère hypercalcémie observée par quelques auteurs dans la sclérodermie n'est pas constante.

4° Le taux de la calcémie que l'on a cru élevé dans les chéloïdes est plutôt normal.

5° La moyenne de la calcémie dans les autres dermatoses étudiées reste normale et si dans quelques cas isolés on observe une variation, il est douteux qu'elle puisse être attribuée à la maladie cutanée.

6° Les traitements réalisés ne modifient pas la calcémie au point qu'on puisse leur attribuer ses variations au cours des diverses étapes de la maladie ou après sa guérison.

7° En somme, dans les maladies de la peau, à l'exception de quelques cas de sclérodermie, la calcémie n'est pas modifiée.

8° Le taux de la calcémie ne peut fournir aucun repère pour l'étude des dermatoses ni même préciser l'indication d'un traitement sauf dans quelques cas exceptionnels.

J. L. C. conclut à l'invariabilité de la calcémie normale dans presque toutes les dermatoses comme dans la plupart des maladies.

J. Margarot.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Sur la pratique de la déviation du complément dans la blennorragie de l'homme (Ueber den praktischen Wert der Komplement-bindungsreaktion in der Klinik der Gonorrhæ des Mannes), par R. Chwalla. *Wiener Klinische Wochenschrift*, p. 169, n° 7, 17 février, et n° 8, 25 février 1933, p. 206.

Je me borne à extraire de cet intéressant article les résultats personnels de l'auteur qui a examiné au point de vue de la séro-réaction blennorragique 619 hommes dont 376 blennorragiques et 249 non-blennorragiques. Ces derniers ont fourni 23 cas positifs (soit 9,4 o/o) dont 5 forts. Parmi les autres : 31 uréthrites antérieures avec un pourcentage de 45 o/o ; 6 cowperites avec 50 o/o ; 6 abcès péri-uréthraux avec 100 o/o ; 42 uréthrites totales avec 59 o/o ; 108 prostatites avec 60 o/o ; 82 épididymites avec 86 o/o ; 8 épididymo-prostatites avec 100 o/o ;

2 spermato-cystites avec 100 o/o ; 12 arthropathies avec 100 o/o ; 24 rétrécissements avec 34 o/o ; 27 blennorragies cliniquement guéries avec 33 o/o ; 6 blennorragies latentes avec 33 o/o ; 16 prostatites post-blennorragiques avec 62 o/o ; 11 épididymites blennorragiques avec 63 o/o ; 13 épididymites non blennorragiques avec 38 o/o ; 12 prostatites non blennorragiques avec 8 o/o ; sur 2 uréthrites non blennorragiques, o ; sur 3 uréthrites post-blennorragiques, 1.

Ch. Audry.

Brazil Médico (Rio de Janeiro).

L'aurothérapie dans la boubas (A aurotherapia na bouba), par Rinaldo de Azevedo. *Brazil Médico*, n° 47, 19 novembre 1932, p. 984.

Quatre malades atteints de boubas ont été guéris par l'emploi d'une préparation aurique (solganol).

Les doses ont été de 10 et 15 centigrammes suivant que l'auteur a utilisé la voie intraveineuse ou la voie intramusculaire avec un intervalle de 5 jours entre chaque injection. Il n'a pas observé d'accidents ; la guérison s'est faite sans que l'on ait dépassé la dose de 80 centigrammes.

J. Margarot.

Ecos espanoles de Dermatologia y syfiliografia (Madrid).

Statistique des cas de syphilis au début pendant une période de dix ans (La sifilis de comienzo en el curso de diez añoz. Nuestra estadistica), par Manuel Pereiro. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifilografia*, 9e année, n° 89, février 1933, p. 227.

M. P. rappelle les espoirs qu'avait fait naître la thérapeutique de la syphilis par les composés arsenicaux. La maladie a présenté une régression très nette pendant les premières années de médication intensive. De 1920 à 1924, le nombre de cas nouveaux a diminué d'une façon régulière. Cependant, tandis qu'en Europe on a observé une recrudescence de 1925 à 1928, les statistiques espagnoles ont continué à marquer un fléchissement progressif.

La statistique de l'auteur s'écarte un peu de ces derniers résultats. Les cas de syphilis au début qu'il a pu observer pendant 10 ans sont, par rapport aux autres affections soignées par lui, dans la proportion de 4,47 o/o en 1923. Ce pourcentage descend en 1926 à 1,40, remonte à 5,11 en 1927 et après des oscillations qui ne le font pas descendre au-dessous de 3, atteint 5,14 en 1932.

L'auteur attribue cette recrudescence de la syphilis au développement de la prostitution clandestine au détriment de la prostitution réglementée. Il incrimine également le relâchement des mœurs, l'arséno-résistance, l'insuffisance des traitements bismuthiques, la négligence des malades et enfin l'ignorance de certains praticiens.

J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Les frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis (Mercurial inunction in the treatment of syphilis), par Cole, de Wolf, Schreiber, Sollmann et van Cleve. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, nº 1, janvier 1933, p. 1.

Étant donnée l'inconstance des résultats cliniques, les auteurs ont recouru au dosage du mercure dans les urines et les matières. Ils ont fait à 6 sujets une moyenne de 30 frictions de calomel à 50 o/o. Après 4 semaines de ce traitement, ils ont trouvé en moyenne 0 mgr. 09 de mercure dans les urines et 0 mgr. 37 dans les matières. Il est probable que les malades, en portant leurs mains à leur bouche, absorbent une partie du mercure par les voies digestives, ce qui explique le taux plus élevé du mercure qui a été trouvé dans les matières.

L'excrétion du mercure après les frictions de calomel est donc très faible comparativement à celle du mercure métallique qui, en suspension à 5 o/o, donne une élimination urinaire moyenne de 0 mgr. 15 et fécale de 0 mgr. 25.

La faible absorption du calomel en frictions s'explique probablement par la difficulté de faire pénétrer ses particules dures dans les follicules pileux. Quoi qu'il en soit, le calomel en frictions est mal absorbé.

S. Fernet.

Eczéma dû à une hypersensibilité au caoutchouc (Eczema due to hypersensitiveness to rubber), par Obermayer. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, nº 1, janvier 1933, p. 25.

O. cite l'observation d'un médecin qui présentait une dermite eczématiforme due au contact des gants et des doigtiers de caoutchouc. L'étude de ce cas montra que l'éruption n'était pas provoquée par le caoutchouc brut ni par les substances chimiques employées dans l'industrie du caoutchouc, mais seulement par les gants vulcanisés, traités par le monochlorure de soufre. Le malade a pu se servir des gants de caoutchouc à partir du jour où il a pris la précaution de les passer préalablement dans une solution de soude à 4 o/o. S. Fernet.

Dermite aurique limitée à la peau dépigmentée (Gold dermatitis limited to depigmented skin), par Pillsbury et Kulchar. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, nº 1, janvier 1933, p. 36.

P. et K. citent deux observations de vitiligo dans lesquelles les zones dépigmentées seules furent le siège d'une dermite aurique consécutivement à des injections intraveineuses de thiosulfate auro-sodique. Dans un des cas, la présence de l'or a pu être constatée dans la peau qui présentait en outre les signes d'une inflammation aiguë et de nombreuses hémorragies de la zone papillaire. Les cuti-réactions au thiosulfate d'or étaient négatives et les intradermo donnaient des réactions à peine plus marquées dans les zones dépigmentées qu'ailleurs.

Il ne semble pas que la localisation de ces aurides aux zones dépigmentées puisse être attribuée à la photosensibilité exagérée de ces régions. Il paraît plus vraisemblable, la mélanine ayant la propriété de réduire les sels d'or, qu'en l'absence de celle-ci, la réduction et l'élimination ne s'opérant pas, l'accumulation locale de l'or donne lieu à la dermite. S. FERNET.

Méningite et dermatite causées par une nouvelle variété de Blastomycètes (Meningitis and dermatitis caused by a new variety of Blastomycete), par MAC BRYDE et THOMPSON. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, nº 1, janvier 1933, p. 49, 4 fig.

Étude d'un cas de méningite blastomycétique mortelle, survenue chez un homme de 28 ans, porteur d'une blastomycose cutanée depuis 3 ans. Le liquide céphalo-rachidien, obtenu par ponction lombaire et par ponction sous-occipitale, contenait 450 leucocytes par millimètre cube, dont 58 o/o étaient des polynucléaires neutrophiles. On constatait en outre à l'examen direct du liquide, la présence de corps ronds réfringents, bourgeonnants, à double contour, plus grands que les globules blancs.

Toutes les cultures furent positives aussi bien avec le liquide céphalo-rachidien qu'avec le sang et les urines.

A l'autopsie, on trouvait à la surface du cerveau et surtout dans l'un des ventricules latéraux un exsudat épais, grisâtre, qui a fourni des cultures identiques aux précédentes.

L'étude mycologique approfondie de l'organisme en cause a permis sa classification parmi les Blastomycètes comme *Endomyces capsulatus* var. *isabellina* (variété nouvelle). S. FERNET.

British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Les résultats des intradermo-réactions dans certaines dermatoses et l'efficacité de la vaccinothérapie intradermique (The results of intradermal tests in certain dermatoses and the therapeutic effect of intradermal vaccines), par BARBER et FORMAN. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. XLV, nº 1, janviér 1933, p. 4.

B. et F. publient les résultats des intradermo-réactions au streptocoque hémolytique, au streptocoque *viridans*, au staphylocoque doré et à la tuberculine dans un certain nombre de dermatoses parmi lesquelles l'érythème polymorphe, l'érythème annulaire, l'érythème noueux, le granulome annulaire, le lupus érythémateux, etc. Ce qui frappe dans cet exposé impossible à détailler, c'est que les porteurs de toutes ces dermatoses ont réagi positivement dans un fort pourcentage des cas à tous les vaccins qui leur ont été injectés.

Les auteurs trouvent donc une justification pour traiter ces affections par la vaccinothérapie intradermique. Ils citent les résultats favorables qu'ils obtiennent par le stock-vaccin staphylococcique dans le sycosis et

par un stock-vaccin streptococcique dans l'érythème polymorphe, l'érythème annulaire, le granulome annulaire et le lupus érythémateux.

S. Fernet.

Hypersensibilité persistante à la lumière après des injections intraveineuses de trypaflavine (Persistent hypersensitivity to light after intravenous injections of trypaflavine), par Haxthausen. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. XLV, nº 1, janvier 1933, p. 16.

H. cite un cas de psoriasis traité, d'ailleurs sans succès, par la trypaflavine et les rayons ultra-violets. Huit mois après le traitement la malade présentait encore une hypersensibilité à la lumière se traduisant par un érythème et un œdème des parties découvertes. De nouvelles lésions de psoriasis étaient apparues sur ces régions en dépit des éruptions répétées dont elles étaient le siège.

Le sérum et les urines, examinés au spectroscope, ne contenaient plus de trypaflavine.

S. Fernet.

Myxœdème circonscrit au cours d'une hyperthyroïdie (Circumscribed myxœdema associated with hyperthyroïdism), par Ingram. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. XLV, nº 1, janvier 1933, p. 19.

Myxœdème circonscrit symétrique des jambes au cours d'une maladie de Basedow s'accompagnant d'un métabolisme basal augmenté de 70 o/o.

S. Fernet.

Choc médical consécutif à une injection de néoarsphénamine (Medical shock following the use of neoarsphenamine), par Orr. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. XLV, nº 2, février 1933, p. 58.

L'auteur distingue le choc « médical » résultant d'une intervention d'ordre médical, du choc chirurgical et du choc traumatique.

Certains accidents immédiats de l'arsénothérapie sont des chocs médicaux qu'il faut distinguer des crises nitritoïdes.

La crise nitritoïde est l'expression de la paralysie vasomotrice des vaisseaux relativement gros : elle est enrayée par l'adrénaline. Le choc médical résulte de la paralysie des capillaires : l'adrénaline reste sans effet. Dans les deux cas, la capacité de l'appareil circulatoire devient trop grande pour son contenu, mais tandis que dans le premier cas l'adrénaline contracte les vaisseaux et ramène la capacité du contenant au volume du contenu, dans le second, la contraction des vaisseaux ne pouvant être obtenue, c'est le contenu dont il faut augmenter le volume en injectant du sérum dans les veines.

Pratiquement, il y a grand intérêt à distinguer la crise nitritoïde du choc médical car la thérapeutique en est différente. Lorsqu'une crise d'apparence nitritoïde n'a pas cédé à l'adrénaline au bout de 3 minutes, c'est qu'il s'agit d'un choc médical. Il faut sans tarder injecter du sérum dans les veines pour voir la tension remonter ; de grandes quantités de sérum sont souvent nécessaires ; il ne faut pas craindre d'injecter

un litre d'emblée et de répéter l'injection, si c'est nécessaire, dans les heures suivantes.

A l'appui de cette conception, O. cite l'observation d'une femme qui présenta, immédiatement après une cinquième injection de néoarsphénamine à 0,45, une crise pseudo-nitritoïde grave qui ne cédait pas à l'adrénaline. Grâce aux injections de sérum, faites immédiatement, la tension a pu être relevée et la malade sauvée. S. FERNET.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

La réaction nitro-prussique dans l'étude de la kératinisation épidermique par Giuseppe SANNICANDRO. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 647. Bibliographie.

La réaction nitro-prussique s'obtient en traitant des fragments de peau, dans certaines conditions de technique, par une solution aqueuse de nitro-prussiate de soude à 5 o/o. On obtient ainsi une coloration rouge plus ou moins intense, qui révèle la présence en plus ou moins grande abondance du glutathion. On sait le rôle important qui est attribué à cette substance dans les processus d'oxydation de l'organisme, rôle qu'il tient de ses atomes sulfo-hydriliques qui entrent dans sa constitution. D'autre part, divers auteurs soutiennent que ce sont ces groupes sulfo-hydriliques qui contiennent le soufre d'où dérive la kératine, de sorte que le glutathion jouerait un rôle important dans les processus de kératinisation. Il est donc facile de concevoir de quelle importance est la recherche du glutathion dans la peau, au point de vue dermatologique, physiologique et pathologique.

L'auteur passe en revue les travaux antérieurs qui ont été publiés à ce propos, puis il fait l'exposé de ses recherches personnelles. Celles-ci lui ont montré que :

1° Dans la cornéification épidermique de type mou, ce sont surtout les couches basales, épineuse et granuleuse qui réagissent au nitro-prussiate.

2° La couche cornée, à l'état normal, ne réagit pas ; elle ne réagit que dans les cas de cornéification hative et incomplète, comme dans la parakératose.

3° Il n'est pas possible d'établir un rapport entre l'hyperkératose et l'intensité de la réaction nitro-prussique des couches sous-jacentes à la couche cornée.

4° Dans les poils et dans les ongles, la réaction est plus vive au niveau des matrices et des couches analogues et homologues à la couche de kératohyaline de l'épiderme.

S. conclut qu'il n'est pas possible d'établir avec précision quelle est l'importance du composant sulfhydrilique comme substance plastique de la kératine. BELGODERE.

Sur un cas de lymphoendothéliome du cuir chevelu, par Giorgio Maraspin. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 659. 3, fig. Bibliographie.

Jeune homme de 29 ans, qui présentait sur le cuir chevelu, dans la région occipitale, une néoformation congénitale dont l'aspect rappelait tout à fait celui d'une *cutis verticis gyrata*. La tumeur était en partie enchâssée dans une dépression de l'os, mais l'examen radiographique montrait l'intégrité de l'os, l'absence de connexions entre la tumeur et les parois ou le contanu de la boîte cranienne. Pas de signes subjectifs et état psychique normal.

Au point de vue histologique, c'est dans l'hypoderme que l'on découvrait les anomalies : accumulations cellulaires plus ou moins compactes, ayant dans certains points un aspect fasciculaire et constituées par des cordons cellulaires qui circonscrivent des lacunes et des espaces vides de diverses formes. Cet infiltrat est formé de cellules de grandeur uniforme à gros noyau fortement coloré et protoplasma pâle, les unes sont fusiformes, d'autres cylindriques, d'autres arrondies. Entre ces cellules, substance amorphe présentant en certains points la dégénérescence hyaline.

Le diagnostic pouvait se discuter entre : *cutis verticis gyrata*, nævus mou géant, formes endothéliomateuses. Remarquant que les amas cellulaires circonscrivent des lacunes et des espaces vides plus ou moins grands et irréguliers, M. conclut qu'il se trouve en présence d'une néoformation à point de départ vasculaire. Il ne s'agit pas d'un simple angiome nævique qui aurait un aspect caverneux caractéristique, mais bien plus probablement d'un endothéliome. Et parmi les différentes variétés d'endothéliome, c'est la forme dite endothéliome lymphoblastique qui paraît la plus vraisemblable.

Il est à remarquer que, si les auteurs admettent l'origine congénitale de l'angio-endothéliome, il n'en est pas de même pour le lymphoendothéliome. Or, le cas étudié était bien congénital et pour cette raison M. se demande s'il ne convient pas de le considérer comme de nature nævique. Il fait remarquer que Gans dans son *Traité d'histologie des maladies cutanées* range l'endothéliome et le cylindrome de la peau sous le titre : *Nævus epithelioma cylindromatosus*.

Belgodere.

Dermatite érythémato-squameuse par trichophyton faviforme album, par Pietro Tarchini. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 670, 6 fig. Bibliographie.

Le *Trichophyton faviforme*, découvert par Sabouraud en 1893, étudié par Bodin, est ainsi nommé parce que les caractères morphologiques de ses cultures sont identiques à ceux de l'*Achorion*. Mais au point de vue clinique, ses manifestations sont bien celles d'une trichophytie et ne ressemblent en rien au favus.

T. en rapporte une observation chez un sujet de 43 ans, avec loca-

lisation à l'aisselle, caractérisée par des taches arrondies, de grandeur variable, nettement limitées, de couleur rouge vif plus intense à la périphérie avec desquamation et prurit accentué. La contamination semblait provenir d'un chien qui ne put être examiné. L'examen microscopique et les cultures permirent d'identifier sans aucun doute le *Trichophyton faviforme album.*

L'auteur fait la revue générale des cas précédemment publiés. Puis une étude statistique et géographique qui montre que ce parasite est assez inégalement réparti puis Lombardo, à Modène, indique un pourcentage de 15,9 o/o, tandis que Pasini, à Milan, trouve seulement 1 o/o. Mais on l'a rencontré dans tous les continents même en Chine. Il se développe lentement dans les cultures, de sorte que c'est peut-être pour cela qu'il passe inaperçu à certains observateurs qui concluent à un examen négatif alors qu'il aurait pu devenir positif si l'on avait attendu davantage. Ce parasite semble avoir une origine animale et par suite il se rencontre plus souvent dans les centres d'élevage.

Malgré l'aspect des cultures, le *Tr. faviforme* n'a rien de commun avec l'*Achorion*. Jamais on n'a pu le rencontrer dans les godets faviques. Sur la peau, il ne donne pas des godets, mais des lésions circinées comme les *Trichophyton*. Sur les poils, macroscopiquement et au microscope, les caractères sont tout à fait ceux d'une trichophytie. Sur les poils des animaux, d'après Sabouraud, le parasite est tantôt ectothrix, tantôt endothrix ; sur les poils de l'homme, il est toujours endothrix. Les cultures ont, avec celles de l'*Achorion*, en outre de la similitude d'aspect, ce caractère commun de présenter la dégénération pléomorphique.

Au point de vue clinique, l'aspect des lésions chez l'homme est variable : sur les parties glabres, formes érythémato-squameuses, ou formes inflammatoires vésiculo-pustuleuses recouvertes de croûtes. Au cuir chevelu, formation de kérion à allure fortement inflammatoire. A la barbe, formes profondes suppuratives à aspect de sycosis.

Le parasite présente diverses variétés qui ont été ramenées à trois par Sabouraud : *Tr. album, Tr. ochraceum, Tr. discoides.* T. rappelle les caractères de ces diverses variétés. BELGODERE.

L'intradermoréaction avec des filtrats de culture de blastomycètes, par VINCENZO CARLINI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* **vol. VIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 684. Bibliographie.**

Dans une première partie de ce travail, l'auteur fait un exposé de l'état actuel de nos connaissances sur le rôle pathogène des levures en dermatologie. Beaucoup d'épidermomycoses de type eczématiforme, intertrigoïde, dyshidrosiforme, paraissent dues à des champignons du genre *cryptococcus, saccharomyces, para-saccharomyces, monilia* et *endomyces* ; ces dermatoses sont généralement désignées sous le nom générique de Blastomycoses.

Il y a déjà longtemps que leur rôle pathogène a été établi, presque un siècle, puisque c'est en 1839 que Langenbeck découvrit la présence dans l'aphte buccal de la *Monilia albicans*. Mais les premières observations d'épidermomycoses sont dues à Popoff qui, en 1872, réussit des inoculations sur la peau des animaux avec de la levure de bière.

Depuis, la présence de ces levures dans de multiples affections cutanées a été signalée par de nombreux auteurs dont C. passe en revue les publications. Mais pouvons-nous, dans l'état actuel de nos connaissances, considérer ces levures comme productrices des maladies dans lesquelles on les rencontre, ou bien doit-on les considérer comme des parasites d'association secondaire, capables cependant d'exercer une influence sur l'évolution de la maladie ? Sabouraud a défendu cette dernière opinion : pour lui, ces levures ne sont que des saprophytes et il ne suffit pas de les rencontrer dans une lésion pour leur attribuer un rôle pathogène.

D'autres auteurs ont cherché à démontrer ce rôle pathogène au moyen des inoculations, et ces expériences ont mis en évidence notamment le rôle du facteur « prédisposition », certains états de la peau tels que l'humidité, la macération favorisant le développement des germes.

Enfin, plus récemment, on a voulu démontrer le rôle pathogène des levures par d'autres voies. Ravaut a mis en évidence les perturbations humorales allergiques déterminées par les levures et qui se manifestent en clinique par les formes morbides qu'il a appelées les *levurides*. Cette notion permet une nouvelle méthode de diagnostic du rôle pathogène des levures au moyen d'intradermo-réactions.

L'auteur a voulu vérifier la valeur de cette méthode par une série de recherches dont il rapporte les résultats et qui ont porté sur 86 malades atteints de dermatoses dont on pouvait suspecter la nature parasitaire par leur aspect figuré et la grosse vésiculation. Il a fait des ensemencements et préparé des levurines suivant la technique indiquée par Ravaut, et pratiqué sur les malades des intradermo-réactions.

Les résultats qu'il a constatés et qu'il serait difficile de résumer l'ont amené à conclure que :

Les extraits de germes levuriformes, injectés dans le derme, ne donnent pas des réactions claires, telles qu'elles puissent être utilisées comm moyen de diagnostic. Toutefois, on ne peut contester à ces champignons toute valeur pathogène, attendu qu'ils sont parfois des sensibilisants aspécifiques (hétéro-allergie, comme le staphylocoque dans l'eczéma) et parfois des saprophytes capables à un moment donné de devenir pathogènes.

Mais cela ne pourra pas être précisé aussi longtemps que les champignons isolés ne pourront pas avoir une place bien déterminée dans la classification botanique et que, par suite, il ne sera pas possible de les individualiser nettement. Il est probable, en effet, que certains d'entre eux ne sont que de simples saprophytes, et que d'autres, par

contre, sont de véritables champignons pathogènes, comme par exemple le *Monilia albicans*. BELGODERE.

Contribution à l'étude de la dermatose de Schamberg, par Nino BAGNOLI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 704, 3 fig. Bibliographie.

Depuis la première description de Schamberg en 1901, il a bien été publié une soixantaine de cas de la dermatose à laquelle on a donné le nom du dermatologiste de Philadelphie, la plupart en Angleterre et aux États-Unis, très peu dans le reste de l'Europe. Mais, comme le fait remarquer B., beaucoup de ces observations laissent des doutes, et même parmi celles qui peuvent être retenues comme rentrant dans le cadre de la maladie de Schamberg, il en est qui s'en écartent cependant par plus d'un caractère atypique. En somme, nous manquons sur cette maladie de notions tout à fait précises.

B. a eu l'occasion d'étudier un cas qu'il croit pouvoir être considéré comme une maladie de Schamberg : jeune homme sans tares héréditaires ou acquises, sans altérations apparentes du système endocrine ou des autres appareils, qui, à un moment imprécisé de sa vie, a présenté une éruption à caractère télangiectasique pigmentaire, à évolution larvée et chronique. Cette éruption était constituée par des lésions papuleuses de la grosseur d'une tête d'épingle, qui rappelait les grains de poivre de Cayenne, de couleur rouge-brun terre de Sienne, lésions qui se multipliaient en confluant en placards de dimension variable, les plus vieux présentant une légère desquamation avec accentuation des plis de la peau, d'autres, au contraire, un peu relevés et saillants, avec tendance à un début d'atrophie, qui cependant se manifeste très tardivement. Absence complète de figuration annulaire. Pas de période prodromique ; évolution très lente. Au point de vue histologique : dense infiltrat du derme papillaire et sous-papillaire avec péri-vascularite et participation des tuniques vasculaires.

Cette description correspond donc assez nettement à celle de Schamberg. Il y a deux affections avec lesquelles cette dermatose présente de grandes analogies : l'*angiome serpigineux d'Hutchinson* et le *Purpura annulaire télangiectode de Majocchi*. B. donne les caractères différentiels de ces trois dermatoses, mais il fait observer que, comme toutes les trois ont des caractères qui ne sont pas toujours nettement définis, la confusion est difficile à éviter et du reste, certains dermatologistes mettent en doute l'autonomie nosologique de la maladie de Schamberg.

B. rappelle, au point de vue de la physiologie pathologique, l'opinion de Pautrier et Diss qui considèrent la maladie de Schamberg comme une sidérose, à cause du point de départ de la pigmentation dans le derme (tandis que dans la mélanose, le pigment serait transporté de l'épiderme vers le derme).

Au point de vue pathogénique, B. estime qu'il convient de classer la maladie de Schamberg dans le groupe des dermatoses par diathèse

hémorragique, c'est-à-dire dans le même groupe que le purpura annulaire, mais la tendance hémorragique serait très atténuée et n'aboutirait pas à des ruptures vasculaires comme dans la maladie de Majocchi.

BELGODERE.

Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Un cas singulier de la porokératose de Mibelli avec cornéomes en groupe (constatations d'ordre histopathogénétique), par Giuseppe VERROTTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 1, février 1933, p. 3, 6 fig. Bibliographie.

Il s'agit d'un marin de 41 ans, qui avait été atteint dans son enfance de paralysie infantile sous la forme d'hémiplégie gauche dont il subsistait les reliquats atrophiques habituels. La dermatose se présentait bien avec ses caractères classiques tels qu'ils ont été décrits depuis la première observation de Mibelli en 1893. Elle était remarquable cependant par la diffusion des lésions disséminées sur le tronc et les membres et par un processus kératosique particulièrement accentué, surtout sur les lésions du côté gauche du corps où avait siégé la paralysie. Ce processus kératosique aboutissait à la formation de véritables tumeurs cornées, saillantes de plusieurs centimètres, surtout au cou de pied gauche, ainsi qu'en font foi les reproductions photographiques qui accompagnent ce travail.

L'auteur fait une étude histologique minutieuse de ces lésions, dans leurs différentes zones et à leurs différents stades évolutifs.

Sur la base de ces constatations cliniques et histologiques, il discute la pathogénie. On sait que, pour beaucoup d'auteurs, il s'agirait d'une dermatose de nature nævique dans laquelle prévaudrait un trouble de l'évolution formative du tissu corné, qui serait la lésion initiale. V. met en doute une pareille interprétation.

Les coupes qu'il a étudiées ont montré en effet que le processus hyperkératosique était secondaire à un processus granulomateux ou histocytomateux, qui a son origine dans la zone des glomérules sudoripares et présente son maximum de développement dans la couche sous-papillaire.

L'étiologie d'un tel processus est du reste complètement obscure, mais V. réfute l'étiologie nævique pour les raisons suivantes : absence de caractère familial ; début à l'âge adulte ; allure inflammatoire et atrophiante, caractères qui vont à l'encontre de ce que nous savons sur les nævi.

BELGODERE.

Recherches au sujet de la pathogénie de la necrobiosis lipoidica diabeticorum d'Urbach-Oppenheim, par E. BALBI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 1, février 1933, p. 14, 11 fig. Bibliographie.

La necrobiosis lipoidica diabeticorum est de notion toute récente.

Elle a été en effet pour la première fois signalée, le 20 juin 1929, à la Société Dermatologique de Vienne, par Oppenheim. Le 11 février 1932, à la même Société, Urbach présenta un cas analogue. Elle rentre dans le groupe des affections qui sont dues à une altération des échanges des lipoïdes, qui comprennent deux catégories : celles qui sont dues à la lipoïdose *générale*, et celles qui sont dues à la lipoïdose *locale*. La *necrobiosis lipoidica diabeticorum* résulte d'un trouble local. Elle est caractérisée par des éléments qui se présentent tout d'abord comme des papules de la grosseur d'un pois, et qui, ultérieurement, s'affaissent à leur centre, qui prend une coloration jaune traversée par des stries rouge-brun et par des télangiectasies, tandis que la zone périphérique prend une teinte rouge-violet ou rouge-brun. La partie centrale présente, au point de vue histologique, des altérations nécrobiotiques, la partie périphérique des altérations inflammatoires.

Au point de vue pathogénique, tandis qu'Oppenheim pense qu'il s'agit d'une dégénérescence graisseuse du tissu conjonctif provoquée par un *poison* que contiendrait le sang des diabétiques, Urbach croit, au contraire, qu'il s'agit d'un *dépôt* lipoïdique, d'une imbibition du tissu conjonctif par des lipoïdes apportés par la circulation.

L'auteur rapporte l'observation d'un cas qui concorde tout à fait avec les descriptions des auteurs viennois, qu'il a eu l'occasion d'étudier chez un diabétique de 55 ans. Sa description diffère toutefois par ce fait que les lésions aboutirent à des ulcérations, qui communiquaient par de petits pertuis avec les foyers nécrotiques, si bien que l'aspect pouvait faire penser à des lésions de sporotrichose, mais ce dernier diagnostic put être facilement éliminé par les contrôles biologiques.

B. fait une étude détaillée, clinique, histologique et histochimique de ce cas, dont il obtint la guérison complète par le traitement insulinique.

Le caractère dominant des lésions histologiques, c'était la présence de graves lésions vasculaires, qui conditionnaient l'apparition des foyers de nécrobiose et, en outre, on constatait la présence de formations lymphoïdes particulières, assez nombreuses. Au point de vue histochimique, on pouvait démontrer la présence dans la lésion de phosphatides et de graisses neutres et un tableau lipémique qui se révélait par l'existence l'hyperlipémie, d'hypercholestérinémie, d'hyperphosphatidémie.

Enfin, le malade était diabétique, glycosurique et hyperglycémique. Par une discussion très serrée de ces différents caractères, l'auteur aboutit à cette conclusion que la dermatose est due à des dépôts, dans les foyers de nécrobiose, de lipoïdes hématiques apportés par la circulation, mais qui se déposeraient tout d'abord dans les parois vasculaires, dont elles amènent la dégénérescence, la thrombose et la disparition.

La torpidité de réaction des tissus chez les diabétiques explique le peu de tendance de ces lésions à la réparation, si bien que l'on peut con-

sidérer que cette dermatose est bien sous la dépendance du diabète, et non de la lipémie. BELGODERE.

Acide urique et eczéma. I. Modifications de l'uricémie et de l'élimination rénale d'acide urique chez des sujets traités par l'acide urique, par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 1, février 1933, p. 44. Bibliographie.

On tend actuellement de plus en plus à considérer l'eczéma comme une dermatose de nature allergique, mais, fait remarquer C., les liens qui peuvent relier l'allergie à la pathogénie de l'eczéma sont multiples.

Dans le but d'apporter une contribution à cette question, il a entrepris une série de recherches dans le but d'étudier le métabolisme de l'acide urique chez des sujets eczémateux, et il a fait ce choix en raison des relations évidentes qui existent entre l'uricémie et l'eczéma, relations qui sont bien connues notamment des médecins thermaux.

Sans entrer dans le détail de l'exposé de ces recherches, voici quelles en sont les conclusions :

1° Ces recherches ont montré que, chez les sujets eczémateux, atteints d'eczéma de même origine endogène, le contenu de l'acide urique du sang et l'élimination d'acide urique par l'urine sont à un taux très bas. On peut penser à une diminution du métabolisme de l'acide urique, à la possibilité d'une rétention dans les tissus, à la possibilité d'une élimination vicariante par d'autres organes.

2° L'administration par la bouche d'acide urique en solution ne réussit pas à influencer sensiblement l'uricémie et l'élimination rénale de l'acide urique chez les eczémateux. Probablement, l'acide urique n'est pas absorbé tel quel. Par contre, à l'administration d'un gramme d'acide urique par voie intraveineuse, succède une augmentation notable de l'uricémie (qui se maintient pendant quelques jours), de l'élimination de l'urine et de la concentration dans celle-ci de l'acide urique. L'élimination urinaire revient à la normale déjà au bout d'un jour, l'augmentation de l'élimination d'acide urique persiste pendant quelques jours, en s'atténuant graduellement.

3° L'augmentation de l'élimination rénale ne parvient pas à compenser la quantité d'acide urique administré par la voie endoveineuse : le déficit atteint parfois et dépasse le 50 o/o. De cette manière, le sujet eczémateux réagit à l'introduction d'acide urique d'une manière semblable à celle du goutteux. Pour expliquer les faits constatés, on pourrait penser à une élimination augmentée par la voie biliaire, ce qui paraît peu probable. On peut aussi admettre l'intervention de phénomènes urolitiques (uricolyse compensatrice ou facultative). On peut enfin penser à des phénomènes de rétention d'acide urique dans les tissus. Dans ces différents mécanismes de réponse, la peau doit probablement avoir sa part : en effet, elle réagit parfois, chez les eczémateux, par des phénomènes allergiques locaux et de foyer.

BELGODERE.

Sur un cas d'épidermolyse bulleuse dystrophique, par Angelo SCARPA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 1, février 1933, p. 67, 2 fig.

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de 10 ans, atteint d'une dystrophie cutanée congénitale chronique du type de l'épidermolyse bulleuse, dont il fait une étude très complète, clinique, histologique, expérimentale, pharmacodynamique, etc.... Il fait à ce propos une revue générale de l'état actuel de nos connaissances sur la question. Son cas appartenait à la variété dystrophique avec kystes épidermiques.

Il discute les différentes théories étio-pathogéniques qui ont été proposées et, pour le cas particulier qui a fait l'objet de son étude, il se rallie à l'hypothèse d'une dysfonction neuro-endocrinienne qui engendrerait des désordres vasculaires cutanés et par suite le syndrome morbide. BELGODERE.

Lèpre et pouvoir lipolitique du sérum du sang, par V. LEIGHEB. *Giornale italiano di Dermatologia e Syfilologia*, vol. LXXIV, fasc. 1, février 1933, p. 114. Bibliographie.

Les recherches sur le pouvoir lipolitique de la sérolipase du sang dans l'infection lépreuse sont rares et elles ont été inspirées surtout par l'idée qu'il pourrait y avoir un lien entre l'activité ou la quantité du ferment et une action directe de l'enzyme sur l'agent étiologique de la maladie en attaquant la capsule du bacille de Hansen. C'est une conception semblable qui, du reste, a inspiré les recherches de même ordre dans la tuberculose et la syphilis.

L. passe en revue les travaux antérieurs sur cette question, qui ont donné des résultats très contradictoires, les uns affirmant un abaissement, d'autres une élévation du taux de la lipase, d'autres enfin des chiffres normaux.

L'auteur donne les résultats de ses recherches personnelles qui ont été effectuées par la méthode stalagmométrique au moyen du stalagmomètre de Traube. Ces recherches ont été effectuées sur 10 lépreux de la Clinique dermatologique de Gênes (7 atteints de lèpre mixte, 2 de lèpre nodulaire, 1 de lèpre anesthésique) et sur 17 sujets sains de contrôle.

Chez les lépreux, le pouvoir lipolitique du sérum du sang s'est montré, dans un certain nombre de cas, semblable à celui des sujets sains, mais parfois cependant on a constaté un abaissement. La valeur la plus élevée a été constatée dans un cas de lèpre anesthésique. Aucune des valeurs que l'on peut considérer comme normales n'a atteint les valeurs maxima que présentent les sujets sains.

Il semble qu'il existe un certain parallélisme, moins avec les manifestations cliniques propres de la maladie qu'avec les conditions générales du malade, exception faite pour deux cas de lèpre nodulaire qui montrèrent un abaissement du pouvoir lipolitique du sérum, bien que les conditions générales fussent bonnes. BELGODERE.

Contribution à l'étude de trois cas de lèpre particulièrement au point de vue de la bacillémie, par Gian Battista COTTINI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 1, février 1933, p. 84, 6 fig. Bibliographie.

Il est connu qu'au cours de la lèpre, peuvent survenir des éruptions cutanées diverses, accompagnées de manifestations générales intenses. C'est un cas semblable qui fait l'objet de ce travail : apparition d'érythème noueux chez un lépreux de 18 ans revenu depuis peu du Brésil. Les manifestations cutanées étaient graves par leur extension, par leur infiltration profonde, leur coloration brune et cyanotique.

A propos de ce cas, après en avoir fait une étude approfondie, clinique et histologique, l'auteur a entrepris une série de recherches expérimentales : recherche du bacille dans le sang circulant (pli du coude), non seulement dans le cas rapporté, mais aussi chez deux autres lépreux. C. rappelle à ce propos que c'est à Gougerot que revient le mérite d'avoir le premier, en 1906, mis en évidence la bacillémie lépreuse. Étude morphologique du sang ; tentatives de culture avec le sang et avec du matériel cutané ; recherche du bacille dans le liquide céphalo-rachidien, dans les urines, les fèces, le sperme.

La présence du bacille dans le sang a été constatée d'une manière nette et fréquente : 9 résultats positifs sur 25 examens pratiqués chez les trois malades.

La plus grande partie des résultats positifs a été obtenue pendant le décours des manifestations aiguës de la maladie ; pendant les périodes de calme il n'a pas été possible habituellement de rencontrer des bacilles acido-résistants sur les frottis ; une seule fois chez le malade qui a fait l'objet de ce travail on a pu mettre en évidence des bacilles pendant une période d'arrêt de la fièvre avec diminution de l'acuité des phénomènes cutanés, quelques-uns de ces bacilles étaient inclus dans des éléments morphologiques.

Une concomitance aussi fréquente entre la bacillémie et les manifestations aiguës porte à admettre qu'il existe entre les deux faits une corrélation réciproque. Il semble, en effet, impossible qu'on puisse considérer isolément le facteur cliniquement constaté de l'éruption cutanée et de la réaction générale sans le relier à la présence des bacilles dans la circulation, ce qui du reste concorde d'ailleurs avec les connaissances générales que nous possédons sur les types semblables de manifestations morbides. A ce propos, l'auteur rappelle l'opinion émise par Franchini de la possibilité de transmission de la lèpre par les ectoparasites suceurs de sang.

Les recherches du bacille dans le liquide céphalo-rachidien, les urines, les fèces, ont été négatives, de même que les essais de culture. Mais le bacille a été trouvé dans le sperme : c'est là encore une constatation importante car il y a déjà longtemps que certains auteurs ont soutenu la possibilité de transmission de la lèpre par la voie génitale.

BELGODERE.

Nævus sébacé de la face, par E. Redaelli. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIV, fasc. 1, février 1933, p. 122, 4 fig. Bibliographie.

Le nævus sébacé est une tumeur de la peau qui est essentiellement constituée par un amas de glandes sébacées hypertrophiques, mais de structure normale. C'est une affection rare et peu connue, qui a pendant longtemps été confondue avec l'adénome sébacé symétrique de Pringle, Balzer et Hallopeau. C'est Jadassohn qui le premier, en 1895, l'a identifié.

L'auteur passe en revue les différents cas publiés à l'heure actuelle et il y ajoute une observation personnelle.

C'est une jeune fille de 25 ans, chez laquelle la lésion se présentait sous l'aspect d'une lésion linéaire localisée au front, à droite de la ligne médiane, constituée par l'agglomération d'efflorescences jaunâtres dures, de grosseur variant d'une tête d'épingle à une lentille. En outre, sur la pommette droite, il y avait un second placard arrondi qui offrait le même aspect.

L'examen histologique fut très typique, montrant que cette tumeur était constituée par des glandes sébacées de structure parfaitement normale, mais hypertrophiques.

C'est surtout par l'aspect histologique que le diagnostic pourra être établi avec certitude, car le diagnostic clinique peut être difficile avec le nævus linéaire, le nævus verruqueux, les adénomes symétriques de Balzer-Pringle, le xanthome. Belgodere.

Tuméfaction mammaire et sécrétion colostrale au cours d'une syphilis récente, par Chiale. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIV, fasc. 1, février 1933, p. 130. Bibliographie.

L'auteur rapporte un cas de sécrétion mammaire avec sécrétion colostrale chez un homme de 23 ans atteint de syphilis secondaire récente. Au point de vue clinique, la tuméfaction de la glande, la douleur spontanée et, à la palpation, l'absence de réaction ganglionnaire, la résolution sans trace de rétraction ou d'induration du parenchyme représentaient, dans le cas étudié, les caractères communs de la mastite diffuse par localisation tréponémique de la période secondaire et des phases d'hyperplasie fonctionnelle de la mamelle. Les caractères de la tuméfaction due à l'augmentation de volume du parenchyme propre, les modifications cutanées (hyperémie locale, ectasie veineuse, hyperpigmentation), la sécrétion colostrale paraissaient indiquer, plutôt qu'une manifestation morbide, une reprise fonctionnelle de la glande mammaire comme on en observe dans certaines phases de la vie extra-utérine normale et pathologique, caractérisées par la constance de certaines influences particulières endocrines (de telles influences intervenant dans le sexe masculin à la naissance, à la puberté, en cas de tumeurs chorio-épithéliomateuses et en général de la gonade, plus rarement d'autres organes).

Les recherches furent ainsi orientées de manière à évaluer une éven-

tuelle influence endocrine, en accordant une importance particulière à l'activité du lobe antérieur de l'hypophyse, en tant qu'organe préposé à la régulation de la sphère génitale. Mais ni cette sécrétion étudiée par les moyens biologiques opportuns, ni d'autres sécrétions ne montrèrent une apparence quelconque de modification quantitative ou qualitative.

Étant donné l'état encore incomplet de nos connaissances et l'imperfection de nos moyens de recherche, l'auteur ne croit pas que l'on doive pour cela exclure le facteur endocrine ; il s'agit peut-être, dans le cas observé, d'une « endocrino-arythmie » conditionnée, non pas par des facteurs endocriniens évolutifs ou involutifs physiologiques ou symptomatiques d'un état morbide particulier, mais par des lésions de nature toxique ou inflammatoire luétique dans une ou plusieurs glandes à sécrétion interne. BELGODERE.

Sur la rachidocentèse et sur le liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. IIe note : Recherches sur la réaction provoquée par injection intrarachidienne d'eau distillée, par E. CIAMBELLOTTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 1, février 1933, p. 142.

C. continue ses recherches de contrôle, dont une partie a déjà été analysée ici précédemment et nous avons vu ses discordances sur plus d'un point avec les conclusions de Ravaut et Boulin en ce qui concerne la valeur de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Par une nouvelle série de recherches, il a voulu contrôler la valeur de la méthode de Cerqueira Luz.

Cette méthode, comme on sait, consiste à soustraire par ponction sous-occipitale 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, et l'on injecte ensuite par ponction lombaire 1 cc. 5 d'eau distillée. Ce procédé, sans danger selon son auteur, provoque une réaction méningée, variable selon la nature des lésions des centres nerveux. Par exemple, s'il n'y a pas de syphilis nerveuse : neutrophilie atteignant 90 o/o ; en cas de paralysie générale, lymphocytose atteignant 75 o/o. On extrait pour ainsi dire par ce procédé des échantillons des cellules qui infiltrent les centres nerveux ; ce procédé équivaudrait donc, mieux encore que la ponction lombaire simple, à une véritable biopsie du système nerveux.

Les recherches de C. ne confirment pas du tout cette opinion optimiste. Il considère la méthode comme dangereuse : il a en effet observé des réactions susceptibles de mettre en danger la vie du malade. Quant aux résultats au point de vue du diagnostic, ils ont été tellement variables et contradictoires qu'il estime la valeur de la méthode comme absolument nulle. BELGODERE.

Sur le psoriasis provoqué par le salvarsan, par Luigi CIARROCHI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 1, février 1933, p. 149, 3 fig. Bibliographie.

Chez un homme en traitement par l'arsénobenzol pour un chancre syphilitique est apparue, à la sixième injection (total 2 gr. 70) une

éruption de psoriasis. Il s'agissait bien de psoriasis et non de syphilides psoriasiformes. L'éruption avait bien tous les caractères cliniques du psoriasis et notamment les localisations de prédilection, et en outre les caractères classiques révélés par le grattage méthodique et les caractères histologiques ; du reste l'éruption, au lieu de disparaître sous l'influence de l'arsénobenzol, s'accentuait à chaque nouvelle injection et ce n'est que par un traitement intensif que la guérison put être obtenue.

Les examens pharmacodynamiques avaient révélé chez ce malade un certain degré d'hypothyroïdie, et il fut soumis pour cette raison simultanément à la médication thyroïdienne qui a pu intervenir dans la guérison.

L'auteur passe en revue les cas semblables qui ont été signalés et les interprétations qui en ont été données.

Il cherche lui aussi une explication étiopathogénique : il est certain que la thyroïde est particulièrement sensible à l'action des germes pathogènes et par conséquent du tréponème et il ne pense pas qu'il y ait eu dans le cas rapporté une simple coïncidence, mais bien une action du tréponème sur la glande. Mais, d'autre part, le fait que chaque injection d'arsénobenzol provoquait une nouvelle poussée éruptive doit aussi être pris en considération et C. pense que l'arsénobenzol doit avoir joué un rôle dans le processus, et probablement ce rôle est un rôle biotropique exercé sur le tréponème. Et le fait que, en effet, les poussées éruptives cessèrent lorsque le traitement arsenical fut intensifié corrobore bien une telle hypothèse. Mais bien entendu il ne peut s'agir que d'une hypothèse, car étant donné l'obscurité qui entoure à l'heure actuelle la pathogénie du psoriasis, on ne saurait se montrer trop affirmatif. Belgodere.

Il Dermosifilografo (Turin).

Sur un cas de Lichen scrofulosorum provoqué par des applications de rayons ultra-violets, par V. Ferrari. *Il Dermosifilografo*, 8e année, no 2, février 1933, p. 61. Bibliographie.

Les recherches de ces dernières années au sujet des tuberculides tendent de plus en plus à faire rejeter la conception qu'elles soient de nature toxinique et à faire admettre qu'elles soient déterminées par la présence du bacille de Koch ou de sa forme filtrable. Des conditions immuno-biologiques de la peau en conditionneraient les aspects et expliqueraient la difficulté de démontrer dans chaque cas la présence de l'agent pathogène. Pour ce qui concerne le *lichen scrofulosorum*, les conditions qui en déterminent l'apparition sont assez obscures, étant donné qu'il peut se manifester à tous les âges, mais surtout chez les enfants et les adolescents, tantôt à la suite de maladies exanthématiques, tantôt sans cause apparente.

Ces raisons donnent un intérêt particulier à un cas qui a été observé

par l'auteur. Il s'agit d'un homme de 33 ans, ayant des antécédents de syphilis probablement héréditaire en raison des antécédents héréditaires et avec réactions sérologiques positives, mais qui avait aussi des antécédents de tuberculose pulmonaire osseuse et cutanée, notamment au niveau de la partie moyenne de la jambe sur une cicatrice d'intervention chirurgicale antérieure pour les lésions de tuberculose osseuse, il présentait une petite plaie recouverte de croûtes et qui persistait depuis longtemps, si bien qu'il se résolut à demander un traitement.

Il fut soumis à des applications de rayons ultra-violets.

A la suite de la première irradiation, on vit apparaître sur le thorax et sur les flancs jusqu'à la racine des cuisses et particulièrement sur l'abdomen une éruption micropapuleuse folliculaire à disposition linéaire et en groupe. L'examen histologique démontra une structure nettement tuberculeuse (cellules géantes, cellules épithélioïdes, lymphocytes). Cuti-réactions positives. Il s'agissait bien d'un *lichen scrofulosorum* et F. élimine facilement les syphilides lichénoïdes auxquelles les antécédents spécifiques auraient pu faire penser.

D'autre part, l'éruption se manifestait à distance du point où avaient été appliquées les irradiations ; on ne pouvait donc pas l'expliquer par une action directe des irradiations qui auraient pu exercer un appel, par le moyen de troubles circulatoires sur des bacilles provenant de foyers profonds ; dans ce cas, en effet, les embolies bacillaires arriveraient à la peau à l'état de défense active et avec cette atténuation qui est en effet un condition admise de l'apparition des tuberculides.

En raison de la rapidité d'apparition de la manifestation cutanée, de son apparition à distance des points irradiés, et de la réaction œdémateuse accentuée révélée par l'examen histologique, l'auteur croit devoir proposer l'explication suivante : il y aurait eu mise en liberté de la part de l'épithélium enflammé d'histamine ou de substances analogues qui, déversées dans la circulation, agiraient électivement sur des lésions inapparentes anatomiquement préconstituées, en les œdématiant et en les rendant ainsi apparentes. Il rappelle à ce propos les recherches de Capelli qui ont montré que dans beaucoup de dermatoses, on pouvait déceler par l'examen histologique des lésions cliniquement invisibles sur les points où la peau paraissait indemne. Quant à la production d'histamine par la peau enflammée, elle a été démontrée par les travaux de nombreux auteurs.

Belgodere.

Sur les abcès péri-prostatiques, par Francesco Sebastiani. *Il Dermosifilografo*, 8e année, no 2, février 1933, p. 69, 4 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint de blennorragie qui présenta des accidents fébriles avec violentes douleurs périnéales et péri-anales, avec troubles de la miction et tuméfaction de ces régions qui aboutit à l'ouverture spontanée paranale d'une collection purulente. A la suite de cette ouverture spontanée, amélioration de l'état du sujet, mais persistance d'un trajet fistuleux. Au bout de quelques jours,

réapparition d'accidents aigus et fébriles et de troubles de la miction et, en outre, tuméfaction de la région hypogastrique au-dessus du pubis. On soupçonna un phlegmon de la cavité de Reizius, ce que l'intervention chirurgicale confirma en évacuant une abondante quantité de pus. Cette intervention amena la guérison définitive.

Il s'agit dans ce cas d'un abcès péri-prostatique, c'est-à-dire d'un abcès développé en dehors des aponévroses qui délimitent la loge prostatique.

A ce propos, l'auteur fait une étude complète de ces abcès en s'appuyant sur les données anatomiques. Cette étude ne peut être résumée en raison des détails anatomiques qu'elle comporte. Ces suppurations péri-prostatiques diffusent dans différentes directions et peut donner lieu : 1° soit à un phlegmon de la fosse ischiorectale ; 2° soit à un phlegmon prérectal avec ouverture dans le rectum ; 3° soit à un phlegmon de l'espace de Retzius comme dans le cas qui a été étudié. Dans ce dernier cas, il y a eu issue du pus dans l'espace péri-prostatique antérieur.

Le traitement est évidemment chirurgical et consistera à faire aussitôt que possible une incision longitudinale de la peau de la région hypogastrique immédiatement au-dessus du pubis jusqu'au-dessous du plan musculaire jusqu'à ce que l'on atteigne la collection purulente qui est toujours très abondante et à établir ensuite un drainage.

Belgodere.

Hémiatrophie faciale gauche avec sclérodermie circonscrite, par G. Truffi. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 2, février 1933, p. 90. Bibliographie.

Observation d'une jeune femme de 24 ans, qui était atteinte d'hémiatrophie faciale du côté gauche, développée insidieusement sans que le début puisse en être précisé exactement. L'atrophie portait à la fois sur les parties molles (peau, muscles, tissu sous-cutané) et sur le squelette, ainsi qu'en témoignaient les radiographies (asymétrie du palais, des sinus).

Sur la peau, on constatait deux sortes de lésions : les unes (front, aile du nez, région temporale) étaient des lésions atrophiques de même nature que celles des autres tissus. D'autres, par contre (paupières, région claxiculaire) avaient nettement les caractères de lésions de sclérodermie linéaire et discoïdale.

Il y avait donc chez cette malade, association d'hémi-atrophie et de sclérodermie.

A ce propos, l'auteur passe en revue les différentes théories qui ont été émises pour expliquer la pathogénie de l'hémi-atrophie faciale et qui sont sensiblement les mêmes que celles qui ont été proposées pour la sclérodermie. Parmi ces théories, ce sont les théories nerveuses qui ont le plus de partisans. Mais il y en a deux : la théorie nerveuse *somatique* et la théorie nerveuse *sympathique*. C'est cette dernière qui a pour elle les arguments les plus solides.

Le point intéressant dans l'observation étudiée est la coexistence de la sclérodermie qui a été observée déjà par d'autres auteurs, qui en ont conclu que les deux affections relevaient d'un même mécanisme étio-pathogénique. Toutefois, cette opinion est contestée par certains qui ne veulent voir dans cette coexistence qu'une simple coïncidence.

T. se rallie à la thèse de l'unicité et il pense que la lésion du sympathique ne siège pas dans les centres médullaires, mais dans la chaîne ganglionnaire cervicale d'où proviennent des rami-communicantes pour le trijumeau.

De cette conception, T. a tiré une conclusion thérapeutique. Se basant d'une part sur les résultats favorables qui ont été signalés dans l'hémiatrophie faciale par des interventions chirurgicales sur le sympathique cervical, d'autre part sur les résultats favorables obtenus dans la sclérodermie par des applications de rayons X paravertébrales, il a soumis sa malade à des irradiations du tronc cervical gauche, en prenant les dispositions nécessaires pour éviter toute action sur le trijumeau. Or, par ce traitement, il a en quelques semaines et dès la troisième application, obtenu une amélioration appréciable des lésions sclérodermiques et même, quoique à un degré moindre, des lésions atrophiques.

Ce résultat thérapeutique, intéressant en soi, l'est aussi au point de vue pathogénique puisqu'il apporte un argument en faveur de la théorie sympathique. BELGODERE.

Acta Dermatologica (Kyoto).

Précancéroses des zones génitales (Prœcancerosens der Genitalgegend), par KATAYAMA. *Acta Dermatologica*, t. XX, fasc. 5-6, 1932, p. 131 (résumé).

On observe dans les régions génitales (à la clinique de Kyoto) des Paget, des Bowen, érythroplasies, leucoplasies, corne et précancérose végétante, telles qu'elles sont décrites. Bowen et leucoplasie plus fréquentes chez les femmes, les autres dans le sexe masculin ; presque toujours chez des gens âgés (de 40 à 60 ans), sauf la forme végétante qui peut s'observer à partir de 20 ans.

L'hérédité ne paraît jouer aucun rôle.

Beaucoup d'hommes sont porteurs de phimosis. Chez les femmes, ce sont les grandes lèvres qui sont le plus souvent atteintes ; chez les hommes, le gland. En général, les symptômes subjectifs sont très réduits. Sauf en cas de forme condylomatoïde, l'évolution est généralement très lente. Histologiquement, les lésions consistent en hyperkératose, acanthose, dyskératose et infiltration cellulaire.

CH. AUDRY.

Un cas de carcinome chez un indigène des Iles Truk (Ein Fall vom Karzinom bei einem eingeborenen auf der Inseln Truk in der Südsee), par INOGAMI et MURATA. *Acta Dermatologica*, t. XX, fasc. 5-6, 1932, p. 136.

Épithélioma baso-cellulaire d'origine peut-être conjonctivale chez un

homme de 12 à 13 ans, atteint de pian (ces tumeurs malignes sont rares sous les tropiques). CH. AUDRY.

Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare (de Varsovie).

Un cas de maladie de Pick-Herxheimer, par BERNHARDT. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare,* t. II, fasc. 1, p. 1.

B. recherche habituellement le terrain tuberculeux dans l'acrodermatite atrophiante. Dans le cas qu'il publie, la cuti-réaction était négative et l'intradermo-réaction positive. Mais la recherche des réactions de contraste montrait que cuti-réaction et intradermo-réaction étaient fortement positives sur les lésions. A la suite d'une injection sous-cutanée de 1 milligramme de tuberculine il y eut, au 3e jour, une réaction générale, une réaction focale et une recrudescence congestive des anciennes réactions tuberculiniques. S. FERNET.

Bartholinite blennorrhagique chez une fillette de 11 ans, par OLSZEWSKA. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare,* t. II, fasc. 1, p. 34.

Cas publié en raison de la rareté de la bartholinite chez l'enfant. L'affection paraît être moins rebelle à cet âge et susceptible de guérir en quelques semaines par des lavages antiseptiques et des injections de vaccins. S. FERNET.

Un cas de lupus érythémateux, par POTRZEBOWSKI. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare.* t. II, fasc. 1, p. 45.

Dans un cas de lupus érythémateux du nez et des joues, des lésions nouvelles apparurent sur les points où des sangsues durent être posées (tempes, régions mastoïdiennes). D'autre part, les cuti-réactions à la tuberculine, érythémato-vésiculeuses en peau saine, furent sphacéliques sur les lésions. Une injection sous-cutanée de 1 milligramme de tuberculine, fut suivie de réactions locale, focale et générale.

A propos de cette observation Bernhardt cite le cas d'un lupus érythémateux dont les lésions se localisèrent au front d'un malade traumatisé par le bec d'une cigogne. Il pense que tout traumatisme, au même titre que le froid et les rayons solaires, peut favoriser la localisation de lésions de lupus érythémateux. S. FERNET.

Sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy chez un nourrisson, par MICHALOWSKI. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare,* t. II, fasc. 1, p. 87.

Sarcoïdes hypodermiques en nappes à la poitrine et sur le dos d'un nourrisson âgé d'un mois. S. FERNET.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Etude des fibrilles collagènes argentophiles, par ROMANOWA. *Przeglad Dermatologiczny,* no 4, décembre 1932, p. 423, 5 fig.

Dans la peau saine, R. a trouvé des fibrilles collagènes argentophiles

(*Gitterfasern*) uniquement autour des vaisseaux, dans leurs parois et autour des glandes sudoripares.

A l'état pathologique et en particulier dans les cas d'infiltration lymphocytaire ou d'infiltration de lymphocytes, de plasmocytes et de cellules géantes, on trouve des fibrilles argentophiles en nombre plus ou moins élevé suivant l'importance de l'infiltration et son ancienneté. On constate l'absence totale de fibres élastiques aux endroits où l'on trouve des fibrilles argentophiles.

Dans les infiltrations expérimentales, on peut constater la présence de fibrilles argentophiles dès la 8e heure.

Il résulte de ces faits que l'infiltration de lymphocytes et de plasmocytes est la condition de l'apparition des fibrilles argentophiles. Il est encore difficile de juger s'il s'agit d'un processus de fermentation ou si, au cours de leur transformation en cellules conjonctives, les globules blancs acquièrent ces caractères particuliers. S. Fernet.

Une nouvelle dystrophie de la syphilis héréditaire : l'asymétrie des doigts, par Mikulowski. *Przeglad Dermatologiczny*, no 4, décembre 1932, p. 441.

L'examen des doigts peut offrir au clinicien de nombreux signes de syphilis héréditaire. On a décrit la syndactylie, considérée comme pathognomonique, la bradydactylie, la polydactylie, la laxité ligamentaire, l'arc lilas des ongles, la brièveté de l'auriculaire, le pouce en raquette. A ces signes, M. ajoute l'asymétrie des doigts qu'il a rencontré chez 80 o/o des hérédo-syphilitiques et qui consiste en une longueur inégale des doigts respectifs des deux mains. Cette asymétrie n'est pas frappante; souvent, on ne la découvre qu'en faisant la mensuration méthodique ; celle-ci peut montrer des écarts de quelques centimètres qui échappaient à la simple inspection. S. Fernet.

L'antigène phénol-alcoolique dans la réaction de Bordet-Wassermann, par Sawicki. *Przeglad Dermatologiczny*, no 4, décembre 1932, p. 491.

S. a fait 360 réactions de Bordet-Wassermann avec l'antigène phénol-alcoolique proposé par Ninni et Molinari (1 centimètre cube de phénol de Merck dissous dans 49 centimètres cubes d'alcool méthylique à 95° ; 1 centimètre cube de cette solution est mélangé avec 8 centimètres cubes de sérum physiologique). Des réactions de Bordet-Wassermann avec antigène cholestériné et antigène de Bordet-Roulens étaient faites parallèlement.

Contrairement à Ninni et Molinari qui, sur 300 sérums, ont obtenu 280 résultats concordants avec les réactions de contrôle, S. a eu dans la majorité des cas des résultats discordants. En outre, les mêmes sérums donnaient des résultats différents suivant que l'antigène phénol-alcoolique était fraîchement préparé ou conservé depuis 5 à 24 heures.

L'étude du *p*H de l'antigène phénol-alcoolique a montré que celui-ci n'est pas stable lorsque la solution est fraîchement préparée. La stabilité du *p*H ne s'établit qu'au bout de 24 heures ; jusqu'à ce moment, il

varie de 3 à 6. De plus, l'antigène phénol-alcoolique s'altère au contact de l'air, même lorsqu'il est déjà en équilibre : cette altération se traduit par l'abaissement du *p*H.

Les modifications qui peuvent survenir dans le *p*H d'un antigène cholestériné fraîchement préparé sont de l'ordre des centièmes, dans les premières heures, et de l'ordre des dixièmes après 24 heures.

S. Fernet.

L'histologie des lésions cutanées de la syphilis héréditaire précoce au point de vue des manifestations de l'immunité, par Straszynski. *Przeglad Dermatologiczny*, n° 4, décembre 1932, p. 500.

S. a pratiqué l'examen histologique des syphilides papuleuses chez des nourrissons hérédo-syphilitiques et constate que, suivant l'âge des nourrissons, il existe des différences notables dans les réactions tissulaires.

Chez les hérédo-syphilitiques âgés de 2 mois les syphilides papuleuses présentent les caractères d'une inflammation aiguë : il y a œdème du derme et de l'épiderme, dilatation des vaisseaux et manchons cellulaires péri-vasculaires, hyperplasie des éléments conjonctifs, mais aucune trace de plasmocytes ni de cellules géantes.

Chez les nourrissons de 4 et 5 mois, le tableau histologique diffère considérablement du précédent : l'œdème est toujours très prononcé dans le derme et l'épiderme, mais les signes de l'inflammation aiguë n'existent plus que dans les couches superficielles du derme : dans les couches moyennes et profondes, les infiltrats, disposés principalement autour des vaisseaux dilatés et autour des glandes et conduits sudoripares, sont composés de cellules hypertrophiées du tissu conjonctif et d'assez nombreux lymphocytes et plasmocytes.

L'étude histologique des efflorescences syphilitiques du nourrisson de moins de 3 mois montre donc que l'organisme de celui-ci ne réagit à l'agent infectieux que d'une façon non spécifique ; ce n'est qu'après plusieurs mois de vie extra-utérine que l'organisme du nourrisson réagit par des lésions spécifiques, chroniques. La réaction tissulaire spécifique étant l'expression de l'immunité, il faut admettre que l'organisme du nourrisson est physiologiquement incapable d'élaborer des substances immunisantes avant l'âge de 3 mois. Comme chez l'adulte, c'est le degré de l'état allergique des tissus qui détermine la forme des manifestations cliniques et leur structure histologique. S. Fernet.

Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii (Moscou).

Le thallium, peut-il remplacer l'irradiation rœntgénologique dans le traitement des enfants souffrant d'affections mycosiques du cuir chevelu ?, par L. S. Ginsbourg. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1932, pp. 5-16.

Après une revue bibliographique du sujet, l'auteur rapporte ses obser-

vations personnelles. Il a traité par l'acétate de thallium 80 enfants des deux sexes âgés de 1 à 13 ans, dont 4 étaient atteints de favus et 76 de trichophytie du cuir chevelu. L'administration du thallium ne se faisait qu'aux enfants sains, dont les analyses des urines et du sang ne révélaient rien de particulier. La dose employée était de 7 milligrammes par kilogramme de poids. La chute des cheveux commençait au bout de 8 à 9 jours après la prise du médicament et était complète vers le 18[e]. La persistance d'une bande étroite de cheveux à la limite du front a été observée dans 20 o/o des cas, mais ces cheveux tombaient également d'eux-mêmes au bout de quelques jours. La chute de l'extrémité externe des sourcils a été très rarement observée. Les cheveux repoussaient plus vite aux endroits malades qu'aux endroits sains. Les complications observées ont été les suivantes : faiblesse et douleurs aux membres inférieurs ; nervosité, irritabilité, énurésie diurne, apathie, insomnie, céphalalgie, œdème de la face et des paupières, albuminurie, diarrhée ; éruption impétigineuse et folliculite. Les examens systématiques du sang ont montré, dans un tiers des cas, une diminution des globules rouges de 4.000.000 à 2.500.000, dans la moitié des cas, une augmentation des globules blancs de 500 à 3.000 ; parfois, on a noté le phénomène inverse ; les éosinophiles étaient augmentés de 2 à 9. La chute des cheveux a été défectueuse dans 8 cas et nulle dans 1 cas. La plupart des enfants ont été traités pendant 3 mois 1/2 à 4 mois, mais il y eut aussi des cas qui ont duré jusqu'à 6-7 mois. La guérison a été enregistrée dans 77,27 o/o des cas, les récidives dans 22,73 o/o.

Les conclusions de l'auteur se ramènent à ceci : sauf chez les enfants tout petits, arriérés ou épileptiques ne pouvant rester tranquilles pendant l'irradiation par les rayons X, l'acétate de thallium ne peut être employé, car il risque de provoquer des accidents nombreux et même graves, tout en ayant une action inférieure aux rayons Röntgen.

BERMANN.

Sur un nouveau stigmate de la syphilis congénitale, par D. N. PLICHKINE. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1932, pp. 16-17.

Travaillant pendant longtemps en Bouriatie (Sibérie) et ayant eu l'occasion d'observer un grand nombre de syphilitiques, l'auteur attire l'attention sur un signe d'hérédo-syphilis non encore décrit dans la bibliographie russe : c'est le signe d'Higouménakis, consistant en l'épaississement de l'extrémité sternale de la clavicule, surtout à droite chez les droitiers et à gauche chez les gauchers. Cet épaississement représente une exostose résultant d'une ostéo-périostite chronique survenue en bas âge.

Sur 1.080 Bouriates examinés, l'auteur a découvert 221 syphilitiques, donc 20,5 o/o. Parmi ces 221 cas de syphilis, 38, donc 18 o/o, étaient d'origine congénitale. Dans ces 221 cas d'hérédo-syphilis, le signe d'Higouménakis a été observé dans 70 o/o des cas, associé à des signes typiques de syphilis congénitale. Dans 20 o/o, le signe d'Higouménakis

a été rencontré en combinaison avec des symptômes moins caractéristiques de syphilis héréditaire.

L'auteur recommande vivement ce signe important et lui attribue une grande valeur dans le diagnostic de la syphilis congénitale.

BERMANN.

Le traitement des épididymites blennorragiques par les rayons ultra-violets, par P. M. KABATCHNIK et P. M. TROFÉIÉFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1932, pp. 18-20.

Les auteurs se sont servi de la lampe de Bach (quartz et mercure) dans le traitement des épididymites blennorragiques, en pratiquant des séances tous les 2 jours.

Dans 7 cas d'épididymite aiguë, l'effet thérapeutique a été lent et inférieur aux méthodes habituelles de traitement.

Dans 18 cas d'épididymite subaiguë, les rayons ultra-violets, quoique amenant une diminution des douleurs, ne se sont pas montrés supérieurs aux modes ordinaires de traitement.

Dans 8 cas d'épididymite chronique, l'action a été analogue à celle des cas subaigus.

Les auteurs concluent que l'action des rayons ultra-violets étant superficielle, ne produit qu'un soulagement, tandis qu'ils sont incapables d'influencer le processus épididymaire profond et encapsulé qui résulte de l'inflammation gonococcique. BERMANN.

Le traitement des épididymites par la lampe « Sollux », par G. ZALOUTZKY et M. TROÏANOWSKY. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1932, pp. 20-23.

Les auteurs ont traité 50 cas d'épididymite aiguë et subaiguë, en se servant exclusivement de la lampe « Sollux » dans 15 cas et en y joignant la vaccino-lacto et auto-hémothérapie dans 35 cas. Les séances de « Sollux » se faisaient tous les 1 ou 2 jours, durant 10 à 30 minutes, à la distance de 45 à 25 centimètres. Les séances de « Sollux » provoquaient des réactions générales (rares et consistant en faiblesse, vertige, pâleur) et focales. Après la séance, la température montait au maximum d'un degré. Les leucocytes augmentaient de 1 à 3.000. Quant à la formule leucocytaire, on notait une augmentation du nombre des lymphocytes. Les douleurs cessaient après 3-4 séances, mais réapparaissaient dans la moitié des cas. La résorption des infiltrations épididymaires était lente et inconstante.

Le traitement combiné a été appliqué dans les cas qui se montraient résistants aux méthodes habituelles de traitement. Les auteurs ne notent pas de grande différence entre les résultats du traitement combiné et celui par la lampe « Sollux » seule. Cependant, les infiltrations de la queue ou de la tête de l'épididyme diminuaient plus vite et restaient moins prononcées dans la thérapeutique combinée.

Les auteurs concluent que la lampe « Sollux » ne convient pas aux

épididymites aiguës et subaiguës qu'elle aggrave et irrite, mais convient mieux aux cas chroniques et traînants qui sont soulagés. Encore, la durée du traitement par la lampe « Sollux » seule ou associée à d'autres agents thérapeutiques n'est-elle pas raccourcie en comparaison avec la durée du traitement courant (compresses, vaccino-lacto et auto-hémothérapie). BERMANN.

Sur la diphtérie primaire des organes génitaux chez les petites filles, par N. A. SMORADINTZEFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* n° 5, mai 1932, pp. 23-25.

L'auteur a observé 6 cas de diphtérie primaire des organes génitaux chez des fillettes et fait les constatations suivantes. La gêne principale des petites malades consiste en douleur à la miction. Puis on observe un œdème dur de la vulve, avec adénopathie inguinale. Ensuite, on note des sécrétions peu abondantes, muco-sanieuses et des fausses membranes grisâtres et vert grisâtre adhérentes à la muqueuse vulvaire. Finalement, les enfants sont apyrétiques, apathiques, irritables, pâles. La muqueuse montre des érosions plus ou moins profondes, principalement à l'hymen. Tous ces symptômes sont assez caractéristiques pour ne pas confondre la diphtérie des organes génitaux externes avec la blennorragie. Le diagnostic doit être fait aussi bactériologiquement. Dans 2 cas, l'auteur a observé des localisations cutanées, ulcéreuses et phlegmoneuses. Le traitement consiste en injections de sérum antidiphtérique à doses suffisantes. Quant aux sources d'infection, l'auteur ne les a établies que dans un seul cas. Les malades étaient 3 écolières et 3 d'âge préscolaire ; elles vivaient à des domiciles différents et ne se rencontraient pas entre elles. L'auteur attire l'attention sur le danger des porteurs de bacilles et propose de faire des examens en masse parmi les enfants afin de découvrir les sources de contagion. BERMANN.

Sur l'électivité du milieu nutritif pour le gonocoque, par M. J. TIMOKHINA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* n° 5, mai 1932, pp. 26-32.

L'auteur a tenté d'éclaircir la question encore non tranchée de la préparation d'un milieu nutritif pour la culture du gonocoque. Se basant sur l'étude des milieux différents et après avoir longtemps expérimenté, l'auteur trouve que le milieu le plus électif doit avoir pour base la chair de lapin à laquelle on ajoute du liquide ascitique. En préparant le milieu, il faut éviter de le surchauffer. Le *p*H doit être de 7,4-5. Les ensemencements doivent être pratiqués dans des tubes larges. En cas de résultats négatifs, les cultures doivent être tenues au thermostat durant 10 jours. Dans les cas chroniques et rebelles, il faut faire des ensemencements sous l'huile de vaseline, anaérobiques, car l'auteur signale des résultats positifs là où, sans huile de vaseline, il n'en a eu que des résultats négatifs. Les cultures de gonocoque ont été obtenues du matériel prélevé dans la proportion de 40 à 50 o/o, en se servant des indications citées. Les cultures pures de gonocoque sont

obtenues au laboratoire dans la proportion de 96 o/o environ. Les cultures de laboratoire se développent sur chair de lapin sans liquide d'ascite, mais les gonocoques du pus prélevé ne poussent pas toujours sans addition de liquide d'ascite. BERMANN.

Un cas de pyodermie chronique généralisée, par I. A. IVANOFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1932, pp. 34-35, avec 1 fig.

Le malade de l'auteur est un paysan bachkire âgé de 72 ans et n'ayant pas eu de maladies générales ou cutanées dans le passé. Sa maladie actuelle date de 3 ans et a débuté par le cou, pour gagner le thorax, puis les extrémités supérieures, et finalement la tête et les membres inférieurs.

Sauf une myocardite et de la dyspnée, le malade ne présente rien de particulier au point de vue général.

Les téguments cutanés sont secs, flasques et un peu atrophiés. Sur la peau du thorax, on aperçoit des lésions de folliculite, isolées et groupées, entourées des sillons violacés et des plaques de forme et de grandeur variées, molles, jaunâtres, croûteuses, laissant sourdre du pus par de nombreux orifices. On trouve aussi des ulcérations, mais tout cela à la périphérie du processus ; le centre est occupé par des cicatrices brillantes, lisses et superficielles. Le cuir chevelu est recouvert de végétations molles, entourées d'un rebord cyanotique. La pression de tous ces éléments est douloureuse. On trouve aussi beaucoup de cicatrices. Urines, température, fèces, rien de particulier. Réactions de Bordet-Wassermann, Pirquet, Mantoux, négatives à plusieurs reprises. Dans le sang, on trouve 3 o/o d'éosinophiles. Le pus ne montre que des streptocoques et des staphylocoques hémolytiques. Pas de blastomycètes, ni de champignons.

Histologiquement : par places, absence de la couche cornée, parakératose, acanthose et amincissement de l'épiderme. Le derme est infiltré par des plasmocytes, des lymphocytes, des leucocytes et de rares cellules épithélioïdes. L'infiltration est située autour des vaisseaux qui sont dilatés.

Le traitement par les rayons X et ultra-violets n'a pas amélioré le malade. La suralimentation, les injections arsenicales, les compresses d'alcool au sublimé à 1 o/oo et la pommade au précipité blanc à 2 o/o ont amené une guérison des lésions en 2 mois. BERMANN.

Les formes atypiques de la leishmaniose cutanée (communication préliminaire), par J.-J. GITELSON. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1932, pp. 34-36, avec 3 figures.

Les observations personnelles de l'auteur, ainsi que les diverses descriptions qui en ont été données, montrent que la leishmaniose cutanée se termine, de règle, par des cicatrices caractéristiques, indépendamment du mode de traitement appliqué, ou même si aucun traitement n'a été fait. Cette cicatrice reste indélébile pendant toute la vie, permettant

de diagnostiquer l'affection en cause. Mais à côté des cicatrices typiques, superficielles, arrondies, isolées, blanchâtres au milieu et pigmentées à la périphérie, l'auteur en a vu d'atypiques. Elles consistent en de petits « lupomes » isolés formant une bordure à la périphérie de l'ancienne lésion, sur la ligne de démarcation. Dans la plupart des cas, ce bourrelet ou anneau occupe toute la limite de l'ancien placard, mais dans certains cas il reste incomplet. Lorsque la cicatrice est produite, les éléments éruptifs composant le bourrelet apparaissent également sur la cicatrice, en dedans et en dehors du bourrelet, sous forme de tubercules, isolés ou confluents, ce processus étant rapide et durant des années, ce qui le différencie du lupus serpigineux, où les tubercules sont remplacés par des cicatrices, les nouveaux apparaissant sur la peau saine.

Sur 2.572 malades âgés de 3 à 31 ans observés de 1926 à 1931 au Dispensaire Dermato-Vénéréologique de Merv (Turkménistan), l'auteur a observé ces cicatrices atypiques dans 47 cas, soit dans 1,71 o/o, sans rapports avec l'âge, le sexe, l'origine et la thérapeutique employée. Dans les cas de lésions multiples, on a pu observer des cicatrices atypiques à côté de cicatrices typiques. La thérapeutique locale de ces formes atypiques est pour le moment restée inopérante. L'auteur les traite actuellement par des produits stibiés. BERMANN.

La radiothérapie dans le bouton d'Orient, par A. P. DEWIRTZ. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 5, mai 1932, pp. 36-37.

L'auteur a traité avec succès 2 cas de bouton d'Orient par les rayons X. En voici l'observation :

I. — La malade est une femme de 33 ans qui est atteinte depuis 8 mois d'un ulcère ovalaire infiltré et à bords enflammés, localisé à la pommette gauche. Le centre de la lésion est recouvert d'une croûte rouge-brun dont l'enlèvement montre un fond bourgeonnant et des bords minés. *Leishmania tropica* +. Les injections de préparations bismuthiques et de néosalvarsan n'ont produit aucune amélioration. La malade a reçu 3 séances de rayons X, à la dose de 1/3 H. E. D. chaque fois et avec un intervalle de 10 jours entre les doses. La guérison a été complète, il ne reste qu'une cicatrice délicate à l'emplacement de l'affection.

II. — Le malade est un petit garçon de 7 ans, fils de la malade précédente, portant depuis 9 mois une lésion analogue à celle de sa mère à la joue droite. *Leishmania tropica* +. Même traitement et même résultat favorable. L'auteur souligne les avantages du traitement qui ne demande qu'une visite du malade en 10-14 jours et lui permet de vaquer à ses occupations habituelles. Le malade n'a pas besoin de se servir de pommades ou d'être hospitalisé, ce qui procure de grandes économies. Tous ces avantages permettent à l'auteur de préconiser à tous les praticiens la radiothérapie dans les cas de leishmaniose cutanée.

BERMANN.

NÉCROLOGIE

Professeur Bruno BLOCH

La dermatologie, après une période nécessaire d'accumulation et de mise en ordre de ses matériaux, s'est résolument engagée dans la voie de l'analyse biologique des phénomènes morbides, prenant la tête du mouvement de rénovation de la Pathologie générale.

Bruno Bloch, qui vient de disparaître, a été un des principaux artisans et directeurs de cette évolution. Sa mort imprévue et prématurée est donc, en même temps qu'un deuil cruel pour sa famille, ses collaborateurs et ses amis, une perte énorme pour la science.

Il était Suisse ; fils d'un médecin praticien du canton d'Argovie, il est né le 19 janvier 1878, a fait ses études et a passé son doctorat à Bâle et, après un stage dans les cliniques dermatologiques de Vienne, Berlin, Paris et à Berne chez le professeur Jadassohn, il a été nommé professeur à l'Université de Zürich en 1916. Ses travaux et son enseignement, dans la Clinique modèle qu'il avait organisée, ont eu tant d'éclat, qu'il s'en est fallu de peu qu'elle ne fût choisie pour siège du prochain Congrès international. Ayant voyagé en Angleterre et aux États-Unis, aimé et estimé partout, il était un des principaux représentants de ce que Besnier appelait : la grande famille dermatologique.

Br. Bloch, loin de disperser son activité, l'a concentrée sur quelques sujets d'importance capitale, auxquels il revenait incessamment, et chaque fois avec des acquisitions nouvelles. Cette ténacité dans les recherches est une qualité essentielle chez l'homme de science. Dès le début de sa carrière il avait été préoccupé des relations qui unissent les affections cutanées aux maladies de la nutrition, au métabolisme général et aux infections. L'étude clinique et biologique très poussée de quelques dermatomycoses, trichophyties, achorions, sporotrichoses, l'a conduit à la description des *Trichophytides*, qu'il a résumée pour nous ici-même (*Ann. de Derm.*, janvier 1921) — puis à l'exposé d'ensemble de la Biologie des dermatoses à hyphomycètes dans le grand *Handbuch* de Jadassohn, — enfin à sa leçon sur les *Microbides cutanées*, professée à l'hôpital Saint-Louis en 1932 sur l'invitation du professeur Gougerot.

C'était là se mouvoir en pleine question d'*allergie*, d'*idiosyncrasie* et d'*immunité*, problème capital dont l'analyse a été le but principal de son activité. Adepte de la doctrine de la réaction antigène-anticorps,

il a étudié, ou fait étudier par ses collaborateurs, diverses sursensibilités : à l'œuf et au céleri par Werner Jadassohn, à de nombreuses substances d'usage professionnel, etc. ; il a analysé lui-même l'idiosyncrasie à l'iodoforme et au formol. A ce propos, il a expérimentalement prouvé qu'un eczéma peut résulter de substances véhiculées par le sang, telles que des iodures ou l'urotropine.



Professeur Bruno Bloch (1878-1933).

Ce sont ses recherches sur l'action nocive des *primula* et de leurs extraits, qui ont eu le plus de retentissement. Étant parvenu à sensibiliser à ce poison, avec A. Steiner-Wourlich, jusqu'à 100 pour 100 des sujets normaux (1926) et même le cobaye (1930), il a créé ainsi de l'« eczéma » expérimental et a serré de plus près les rapports qui relient la sensibilité acquise à l'idiosyncrasie innée ; dans celle-ci, définie par

Doerr, l'existence d'anticorps ne peut pas être prouvée. Sa doctrine est concrétée dans les formules qu'il a soutenues au Congrès de Copenhague : « l'*eczéma* est un type de réaction antigène-anticorps » et « nous sommes tous des eczémateux en puissance, qui n'avons pas tous rencontré l'antigène auquel nous sommes sensibles ».

C'est sans doute parce qu'il savait que les agents physiques ne peuvent pas être assimilés aux antigènes, qu'il a poursuivi avec tant d'intérêt, avec son collaborateur Miescher, ses recherches sur les effets des radiations. Cet ordre de travaux l'a mis aux prises avec la question des *cancers expérimentaux* et des *précancéroses*, connexe à celle de l'action des goudrons ; avec W. Dreyfuss et avec F. E. Widmer, il s'est efforcé de définir les effets des divers constituants de ces goudrons.

Le problème à la solution duquel le nom de Bruno Bloch reste le plus intimement attaché, c'est celui de la *pigmentation*. Il a montré que la mélanine résulte de l'oxydation d'un propigment par l'effet d'un ferment qui existe dans les cellules basales de l'épiderme et principalement dans les cellules dendritiques, lesquelles n'ont rien de commun avec les cellules de Langerhans ; sont aussi mélanogènes des cellules de la racine des poils et les cellules mésenchymateuses de la tache mongolique et des nævi bleus. Le réactif la « dopa » qu'on lui doit, permet de distinguer nettement les éléments formateurs de pigment des simples chromatophores. Tout cela est maintenant classique.

Faut-il rappeler quelques-unes de ses expériences auxquelles il attachait un certain prix, peut-être parce qu'elles heurtaient les idées reçues ? Telles sont ses *greffes* sur sujet normal de lambeaux d'épiderme provenant d'individus sensibles à l'iodoforme ou à la trichophytine ; telles aussi ses curieuses réussites en série de guérison des *verrues vulgaires* par *suggestion*, à l'aide d'une mise en scène extraordinaire.

Quoique biologiste et expérimentateur dans l'âme, il était loin de négliger sa mission d'hygiéniste et de vrai médecin bienfaisant ; à preuve la lutte ardente qu'il a menée contre les maladies professionnelles et contre les maladies vénériennes.

Surchargé de travail, ne voulant mettre aucun frein à son activité et à son dévouement, il s'est usé à la peine. En pleine ardeur, accumulant des projets et des programmes de travaux suffisants à l'œuvre d'une existence encore longue, il a succombé en peu de jours à une agranulocytose, survenue au cours d'une grippe en apparence banale.

Puissent Madame Bloch et ses filles, si cruellement frappées, ainsi que les collaborateurs intimes du maître, trouver, dans la sympathie unanime du monde scientifique et de tous les dermatologistes, une légère atténuation au chagrin qu'est la perte d'un tel homme et d'un tel savant, qui a payé prématurément de sa vie son dévouement à la science et à l'humanité.

J. DARIER.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

SEPTIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

CH. AUDRY (Toulouse) — CIVATTE (Paris) — J. DARIER (Paris)
W. DUBREUILH (Bordeaux) — FAVRE (Lyon) — HUDELO (Paris)
E. JEANSELME (Paris) — NANTA (Toulouse) — J. NICOLAS (Lyon)
PAUTRIER (Strasbourg) — PETGES (Bordeaux) — P. RAVAUT (Paris)
R. SABOURAUD (Paris) - A. SÉZARY (Paris) - SPILLMANN (Nancy)

ET

SIMON (CLÉMENT) (Paris)
RÉDACTEUR EN CHEF



VII[e] Série — Tome IV — N° 12 — Décembre 1933

Ce numéro contient le titre et les tables du Tome IV.

MASSON & C[ie]

PUBLICATION PÉRIODIQUE MENSUELLE

Administration et Publicité : Librairie MASSON et Cie, 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VIe)
Téléphone : Danton 56-11, 56-12 et 56-13; Inter Danton 31. — Compte chèques postaux : N° 599.

PRIX DE L'ABONNEMENT 1934 (L'ABONNEMENT PART DU 1er JANVIER)
Le service du Bulletin de la Société de Dermatologie
est assuré aux abonnés des Annales de Dermatologie.

France et Colonies, 150 fr.

Etranger. — Tarif extérieur n° 1 . . . . 180 fr.
— — — n° 2 . . . . 190 fr.

Règlement par mandat, chèques postaux (compte n° 599, PARIS) ou chèque à l'ordre de MASSON et Cie, sur une banque de Paris.

Le tarif extérieur n° 1 n'est valable que pour les pays ayant accepté une réduction de 50 o/o sur les affranchissements des publications périodiques. Ces pays sont : Albanie, Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Congo belge, Costa-Rica, Cuba, République Dominicaine, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Guatémala, Haïti, Hedjaz, Honduras, Hongrie, Lettonie, Liberia, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pays-Bas, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, San Salvador, Serbie, Suisse, Tchécoslovaquie, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, U. R. S. S.

Prix du numéro, 15 fr. — Changement d'adresse, 1 fr.

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr CLÉMENT SIMON, Rédacteur en Chef, *104, Avenue Malakoff, Paris XVIe* (Téléph. : Passy 65.72).

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR L'ÉTIOLOGIE DE L'ATROPHIE IDIOPATHIQUE DE LA PEAU

UN CAS D'ATROPHIE MACULEUSE CHEZ UNE MALADE ATTEINTE DE SCLÉROSE EN PLAQUES

Par le Docteur J. MERENLENDER (Varsovie).

Dans l'évolution clinique d'une dermite atrophiante diffuse on observe relativement souvent la coexistence de lésions maculeuses atrophiques; par contre, le nombre des publications traitant des formes dites pures d'atrophie maculeuse est peu élevé (Pautrier, Oppenheim). La littérature polonaise contient à peine quelques publications concernant ce processus morbide extrêmement rare (Goldszlag, Szumski, Chorazak). Il paraît hors de doute que le diagnostic de nombreux cas d'atrophie maculeuse publiés dans la littérature mondiale a été formulé à tort, et ces cas devraient plutôt être placés au rang d'autres entités morbides : atrophies deutéropathiques post-syphilitiques, lichens plans atrophiques, lupus érythémateux, etc. (Oppenheim).

L'étiologie de l'atrophie maculeuse ainsi que de l'atrophie idiopathique progressive diffuse (ces deux formes ne sont que des modifications cliniques d'un seul et même processus morbide) n'est pas encore établie. Dans de nombreuses publications traitant le problème de l'atrophie cutanée l'on ne trouve que des tentatives pour établir la pathogénie et l'étiologie de cette affection. D'ordinaire les auteurs enregistrent la présence de l'atrophie (resp. maculeuse) de la peau et d'autres affections, sans pouvoir établir l'existence d'un lien causal entre elles ; d'autre part, il leur est impossible d'appuyer par des preuves irréfutables le rapport causal de l'atro-

phie avec les altérations morbides des autres organes et systèmes. Ce fait explique l'existence d'une série de théories tendant à établir les causes étiologiques de l'atrophie ; ces théories sont appuyées par des groupes divers d'auteurs qui, selon la forme morbide ayant coexisté dans leur cas, se rangent du côté de l'une ou de l'autre théorie. En somme, lesdites théories sont basées uniquement sur la coexistence pure et simple de l'atrophie idiopathique de la peau et d'autres affections.

Comme preuve de l'intérêt suscité par les recherches sur l'étiologie de l'atrophie de la peau, est le fait que sur l'initiative de Pautrier, une série de séances des dermatologistes français fut consacrée à ce problème à Strasbourg (1929).

Oppenheim qui, par ses essais pour établir l'étiologie de l'atrophie de la peau, a rendu des services méritoires, présenta récemment (1931) une synthèse de ce problème avec un examen critique de l'ensemble des hypothèses émises jusqu'à présent par de nombreux auteurs. A son avis, la clinique et l'histologie de l'atrophie idiopathique de la peau indiquent que les lésions inflammatoires et la perte de l'élasticité de la peau y ressortent au premier plan ; aussi faut-il établir la cause étiologique qui, par le système circulatoire, provoque l'état inflammatoire de la peau et, par son action, détruit l'élastine. Cependant, les agents mécaniques, chimiques, thermiques, toxiques, neurotiques, infectieux, qui déterminent une lésion inflammatoire de la peau et sont cités par les auteurs dans l'étiologie de l'atrophie, ne suffisent pas à élucider cette question (Oppenheim), car, dans des conditions différentes, ils ne provoquent que des lésions inflammatoires, et non l'atrophie. En se basant sur ses nombreuses observations cliniques et recherches histologiques et expérimentales, Oppenheim en déduit, que seule la prédiposition innée est de la plus grande importance pour l'étiologie de l'atrophie idiopathique de la peau, et les agents cités ci-dessus (mécaniques, etc.) ne peuvent produire l'atrophie chez un individu donné qu'en présence d'une disposition innée. L'hypothèse de la prédisposition a été déjà émise en 1910 par Oppenheim, dans sa monographie (en collaboration avec Finger) ; pourtant elle manquait alors de preuves suffisantes. Dans ces derniers temps, Oppenheim a presque acquis la certitude de la justesse de sa théorie. Il voit cette disposition dans la diminution idiopathique de la

résistance et dans la valeur moindre du tissu élastique ; ces symptômes se manifestent chez l'individu donné soit dès sa naissance (cas de l'atrophie congénitale de la peau, anomalies génésiques, atrophie stigmatisée, génodermies), soit dans sa vie ultérieure, à la suite de divers facteurs traumatiques (chimiques, physiques, infectieux, nerveux) ou de troubles de la sécrétion interne. Les arguments principaux de la théorie d'Oppenheim sont : 1° la fréquente coexistence de l'atrophie de la peau avec d'autres anomalies innées (fibromes, ichtyose, lichen pilaire entouré d'atrophies maculeuses, infantilisme des génitaux, etc.) ; 2° la maladie se déclare quelquefois dans des familles et héréditairement. Certains auteurs considèrent cette argumentation comme artificielle, et Herxheimer est d'avis que les arguments cités sont basés exclusivement sur la coexistence accidentelle de l'atrophie de la peau avec les anomalies génésiques. Cependant il faut constater qu'un plus grand nombre d'auteurs inclinent plutôt à partager la théorie de Oppenheim (Heller, Nobl, Versari, Moncorps, Jordan).

De nombreux auteurs ont émis l'hypothèse que l'atrophie de la peau est liée aux états physiologiques et pathologiques des organes génitaux féminins ; ce fait expliquerait la frappante prédominance de femmes parmi les malades atteints de l'atrophie de la peau.

Les troubles coexistants des organes à sécrétion interne et leur portée étiologique dans l'origine de l'atrophie de la peau ont été fréquemment l'objet de recherches des auteurs. Il n'y a point de glande endocrine, dont la lésion n'aurait pas été attribuée comme cause à l'atrophie de la peau malgré le manque absolu de preuves de causalité. Ainsi, on a constaté chez ces malades des troubles fonctionnels de la glande pituitaire (Blatt et autres), l'insuffisance du pancréas et l'asthénie des glandes surrénales (Jordan), les troubles des systèmes : intrasécrétoire et sympathique (Gougerot, etc.), l'alimentation défectueuse du corps thyroïde (Pautrier, Blatt et autres). Les recherches sur le métabolisme basal entreprises jusqu'à présent en nombre insuffisant ont donné des résultats négatifs. Pautrier, en observant 10 cas d'atrophie progressive de la peau, y a constaté un métabolisme normal.

Nul doute que les infections puissent contribuer à provoquer l'atrophie idiopathique, car elles sont l'un des facteurs qui attaquent le tissu élastique disposé à l'atrophie. Oppenheim cite au pre-

mier rang la typhoïde comme agent provocateur. Kato et Maiyama, en examinant un grand nombre de porteurs de blennorragie, ont constaté dans 14 cas la présence de l'atrophie maculeuse ; dans ces cas, les auteurs attribuent l'origine de l'atrophie aux toxines gonococciques, cependant leur observation demeure isolée dans la littérature. Dans mes observations personnelles de 200 sujets environ atteints de blennorragie chronique, je n'ai point constaté cette coexistence. Mieszczerski, partisan de la théorie infectieuse, attribue la cause de l'atrophie aux intoxications qui, conjointement avec l'infection, sont censées exercer soit une action directe sur les vaisseaux, soit une action consécutive aux troubles de l'innervation. Heuss attribue un rôle étiologique aux toxines et microbes qui, par la voie de la circulation sanguine, pénètrent dans la peau, où ils provoquent des embolies et des infiltrations périvasculaires. Les infiltrations y font le service d'une barre protectrice ; cependant les toxines destructives percent cette barre-là, en détériorant en même temps le tissu élastique. R. Bernhardt émet aussi l'opinion que les agents, provoquant l'atrophie idiopathique, seraient, avant tout, les maladies infectieuses, en particulier la syphilis et la tuberculose. Quant à la syphilis, certains auteurs (Audry, Leszczynski et autres) la croient être un des facteurs principaux qui agissent par voie circulatoire, au moyen des glandes endocrines, et produisent des angioneuroses-atrophies. Leszczynski, combinant la théorie syphilitique avec la théorie glandulaire, admet que les atrophies seraient dues à l'action des autotoxines des glandes endocrines lésées par la syphilis. Milian émet une hypothèse radicale, en plaçant toutes les atrophies, surtout les maculeuses, parmi les affections syphilitiques. Weil et Pautrier sont des adversaires de la théorie syphilitique. Ce dernier, en observant, jusqu'à 1931, 36 malades atteints de l'atrophie progressive, constata à peine chez 4 la réaction de Wassermann positive. Pautrier souligne que l'atrophie et la syphilis se déclarent parfois simultanément chez le même malade, sans qu'il y ait aucun rapport entre ces deux maladies. Krzysztalowicz et Grzybowski, en se basant sur leurs observations personnelles, écartent également la théorie syphilitique. Grzybowski considère que l'hypothèse de l'origine de l'atrophie idiopathique maculeuse consécutive à la lésion syphilitique des vaisseaux ne serait pas paradoxale ; cet auteur se croit autorisé à émettre cette opinion en vertu de l'analogie des

tableaux histologiques dans les atrophies deutéropathiques post-syphilitiques (les maculeuses particulièrement).

La tuberculose, en qualité d'agent étiologique de l'atrophie, a fait l'objet de recherches de nombreux auteurs. Conformément à cette hypothèse, un appareil à sécrétion interne débile subit l'atteinte du virus tuberculeux, ce qui favorise l'apparition de l'atrophie. Mais Oppenheim, s'appuyant sur ses recherches expérimentales en déduisit qu'il n'est pas prouvé que le bacille de Koch ou son virus soient doués d'une faculté spécifique d'agir sur les fibres élastiques; par conséquent, cet auteur ne partage pas l'opinion que, dans l'atrophie de la peau, la tuberculose puisse être la seule cause de la lésion des fibres élastiques. Suivant Krzysztalowicz et Grzybowski : « dans les infiltrations tuberculeuses et dans la lésion atrophique progressive, la détérioration du tissu élastique, n'est pas la même, car dans l'atrophie elle débute par les vaisseaux, en y provoquant, en quelque sorte, une affection systématisée de l'appareil circulatoire ».

On a cherché récemment à lier l'atrophie de la peau aux altérations coexistantes du système nerveux central. Suivant Oppenheim, on pourrait admettre l'éventualité d'un rapport entre l'atrophie de la peau et les affections nerveuses qui peuvent jouer le même rôle favorisant que les traumatismes, par exemple. Du reste, Oppenheim mentionne que les théories angioneurotiques et trophoneurotiques soutenues par Neumann, Zinsser, Blaschko et autres, reposent sur des preuves insuffisantes. De l'avis d'Oppenheim, le côté faible de la théorie nerveuse pour expliquer l'atrophie est l'absence de troubles de la sensibilité, de troubles trophiques des cheveux et des ongles, de lésions des grands troncs nerveux, de paralysies des muscles, de disposition symétrique de lésions dans l'atrophie maculeuse, etc. Cependant plusieurs auteurs relèvent le rôle nerveux, en constatant, dans les atrophies de la peau, la coexistence d'affections nerveuses. Dans leurs observations, ces auteurs ont souvent constaté des paralysies fonctionnelles et organiques du système nerveux. Cerni, chez un malade atteint de syringomyélie, observait l'atrophie de la peau. Dans son observation d'atrophie de Pick-Herxheimer, E. Herman constate, dans un cas, la présence d'une tumeur de la moelle épinière. Dans deux cas sur cinq d'atrophie progressive de la peau, Berson et Korolko ont

observé un rapport étroit avec des troubles du système nerveux. Mibelli et Vignolo-Lutati (cités d'après Chorazak) soutiennent également la théorie nerveuse et attribuent l'origine de l'atrophie à l'action exercée sur un certain segment nerveux par des virus (tuberculeux, syphilitique, etc.). Dans le cas de Chorazak, l'auteur a constaté le fonctionnement défectueux du système nerveux végétatif (à côté de l'insuffisance thyroïdienne et ovarienne) chez une malade atteinte antérieurement de la syphilis. Pautrier cherche la source de l'atrophie dans les troubles du système nerveux végétatif, qui attaquent la circulation locale et les glandes à sécrétion interne. Grzybowski trouve qu'il est assez motivé de placer les atrophies idiopathiques de la peau au rang des névroses trophiques, car on y observe souvent des symptômes qui peuvent être considérés comme étant de nature trophique (absence des follicules pilaires, altérations pigmentaires, irrégularités de la circulation sanguine dans les vaisseaux périphériques) ; parfois on observe des troubles analogues dans les affections du système nerveux central ; les lésions trophiques n'y sont pas dues aux altérations d'ordre alimentaire, strictement nerveuses (fonctionnelles) mais aux maladies organiques (myélite, tabès, etc.). Suivant Grzybowski, il est en général admissible que l'ensemble du système nerveux exerce sur les tissus quelque action trophique. A ce point de vue, le système végétatif a une importance éminente. Dans son cas d'atrophie progressive, Grzybowski n'a pas décelé d'affection organique du système nerveux, par contre, il a constaté des troubles trophiques de la peau consistant en irrégularités dans la répartition et la quantité du pigment et qui seraient attribuables au fonctionnement défectueux trophique du système nerveux. Les épreuves fonctionnelles, dans le cas en question, ont décelé une faible excitabilité du système végétatif (vagotonie), une hypofonction du nerf sympathique. Chez cette malade les nombreux symptômes trophiques étaient probablement aussi en rapport avec les troubles du système végétatif chromaffine.

Le cas d'atrophie idiopathique maculeuse de la peau observé par moi est intéressant à cause de certains facteurs étiologiques qu'il présente, et surtout à cause des altérations coexistantes du système nerveux central.

En 1930, R. A..., âgée de 32 ans, se présente à la consultation pour des taches siégeant au cou.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Aucune maladie sérieuse pendant l'enfance. A l'âge de 20 ans, typhus exanthématique grave ; à 26 ans, néphrite. Pas d'infection vénérienne. Mariée depuis 6 ans ; pas de fausses couches. 3 enfants bien portants ayant, le premier 5 ans et les deux derniers (jumeaux) 1 an et demi. Après les dernières couches, fièvre puerpérale. Température élevée pendant près de 3 mois. Collection dans la région de l'ovaire gauche. A la suite de ces complications, la malade garda le lit pendant 6 mois. Depuis lors, elle res-

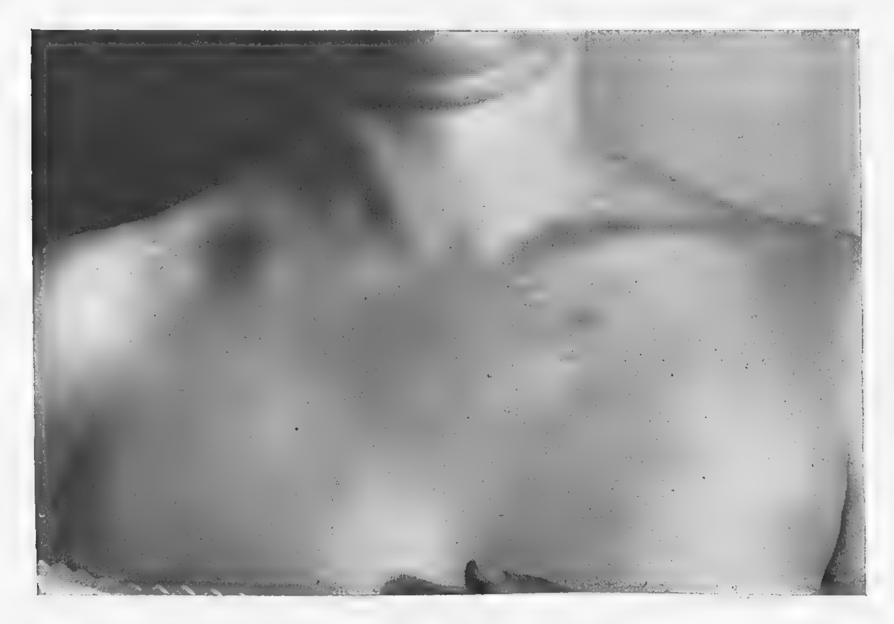


Fig. 1.

sent encore des douleurs dans la région de l'ovaire gauche. Les règles sont normales, un peu douloureuses. Au cours des dernières années, s'est installée chez elle une frigidité sexuelle complète. Des céphalées et des bourdonnements dans la tête survenus après la fièvre typhoïde persistent encore. En outre, la malade a maigri. Il y a 5 ans, elle souffrait de « courbatures » aux mains et aux pieds ; actuellement, elle ressent des douleurs « lancinantes » dans tout le corps, des fourmillements dans la région scapulaire, des cuissons aux extrémités supérieures et inférieures. On note de la constipation et un affaiblissement excessif.

Les altérations de la peau sont apparues progressivement sous forme de taches rougeâtres isolées dans le voisinage du sternum. Leur nombre

augmentait toujours. Il y a 6 mois, des taches se sont montrées dans le dos et, depuis 2 mois, au cou et à la figure. Au début, la malade ressentait de la démangeaison aux parties envahies.

État actuel (1). — Le sujet est de taille moyenne, de constitution normale, de nutrition médiocre.

La peau à la face antérieure du thorax, sur les régions sternale et claviculaire présente de nombreuses efflorescences (40 environ) en forme de dépressions superficielles, rondes et ovalaires, rigoureusement circonscrites ; elles donnent l'impression d'être ciselées (fig. 1). Les dimensions de ces efflorescences vont de la grandeur d'une moitié de

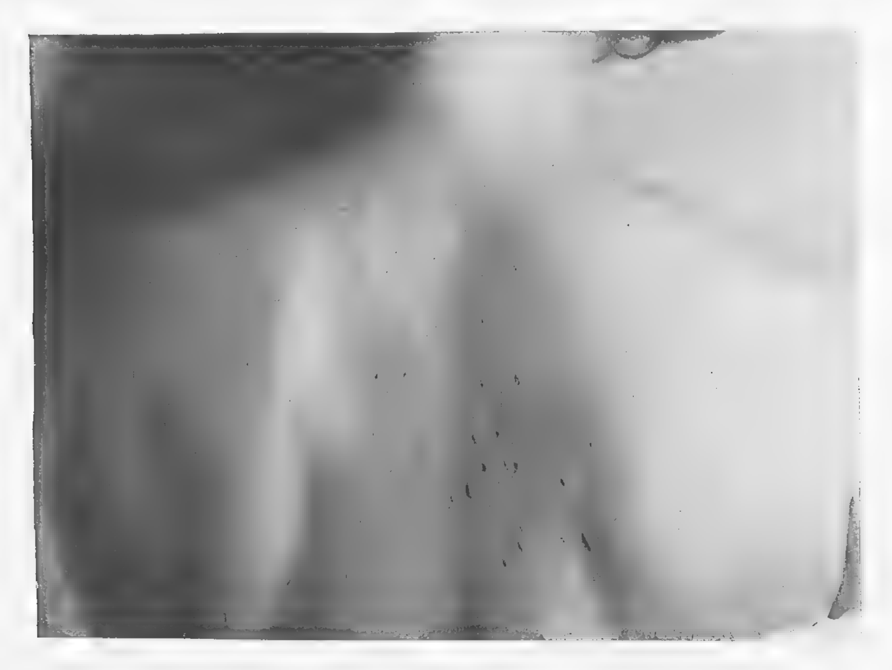


Fig. 2.

grain de riz jusqu'à celle d'un pois ; la peau qui tapisse ces dépressions est de couleur blanc livide, sa surface est lisse, ses bords unis. Certaines dépressions confluent avec les avoisinantes et forment ainsi des 8 de chiffre ou des figures festonnées. A la face postérieure du thorax, surtout dans la région interscapulaire, on observe 3 espèces de lésions : 1° les dépressions superficielles (près de 10) ci-dessus décrites ; 2° des élevures rappelant des nodules un peu durs allant de la grandeur d'un

(1) La malade a été présentée à la séance de la Société Dermatologique de Varsovie, du 6-11-1930.

noyau de cerise à celle d'un gros pois, recouvertes de peau le plus souvent normale, blanchâtres par endroits (fig. 2) ; 3° des voussures rondes et oblongues, dans la région desquelles la peau est ridée et de couleur normale ; ce sont des productions dites « saccules vides ». Le nombre des élevures (nodules et saccules vides) se monte à 80 environ.

Au cou (faces latérale et antérieure) on observe aussi plusieurs dépressions ; à part cela, quelques taches de la grandeur d'un pois, rougeâtres, légèrement proéminentes. A la face postérieure, plusieurs voussures.

A la figure, plusieurs efflorescences semblables aux dépressions de la face antérieure du thorax. Elles sont localisées au front, aux joues (isolément) et aux régions pré-auriculaires. Aux confins du front et du cuir chevelu, 2 taches d'un rose rougeâtre, de la grandeur d'un petit pois.

La peau autour de ces efflorescences est indemne. Celle des extrémités, de la région lombaire et des téguments abdominaux est normale.

En somme, on a constaté sur la peau uniquement des taches isolées et de nombreuses dépressions superficielles, nodules et voussures, sacculiformes en partie ; ces lésions sont localisées au thorax, au cou et à la figure. Ce qui est frappant, c'est, d'un côté, le caractère presque exclusivement nodulaire des lésions du dos et, de l'autre, la présence de dépressions superficielles seulement à la face antérieure du thorax et à la figure.

En dehors de la symétrie ci-décrite, dans le voisinage des conques des oreilles, toutes les lésions signalées sont dispersées sans aucun ordre.

RÉSULTATS DES RECHERCHES CLINIQUES ET DE LABORATOIRE

Cavité buccale : rien à signaler, muqueuses visibles un peu pâles, glandes lymphatiques non augmentées, urines normales.

Sang : réaction de Bordet-Wassermann négative. Tableau morphologique : hémoglobine 74 o/o, globules rouges, 4.200.000, leucocytes 6.800. Formule : neutrophiles non segmentés 3 o/o, segmentés 66 o/o, lymphocytes 23 o/o, monocytes 5 o/o, éosinophiles 3 o/o.

Cœur normal. Thyroïde non augmentée.

Poumons : submatité légère au-dessus des sommets, respiration sifflante dans ces régions. A l'examen radiologique (Dr Glosman) : les ombres des hiles sont très accentuées, les glandes des hiles (plus grandes, isolées) calcifiées ; les champs pulmonaires sans altérations focales ; par contre, le diagramme vasculo-bronchique un peu accentué. Dans la région du champ pulmonaire droit, épaississements capillaires de la plèvre interlobaire.

La réaction à la tuberculine intradermique (Mantoux) est nettement positive (1 : 10.000).

Les résultats de l'examen clinique et radiologique des poumons et la réaction tuberculinique positive décèlent la présence d'un processus tuberculeux spécifique (*apicitis bilateralis*).

Organes génitaux (Dr Szenwic). — Utérus en antéflexion, mobile, de volume normal, annexes droits intacts, ovaire gauche épaissi, augmenté, indolore. Léger épaississement du paramètre gauche.

Diagnostic. — Status *post salpingitidinem* et *parametritidem sinistrum*. Le processus est complètement arrêté. Le fonctionnement des ovaires est normal.

Système nerveux central (Dr E. Herman). — Pupilles et papilles normales, absence de nystagmus. Autres nerfs crâniens : rien à signaler. Réflexes périostiques accentués aux extrémités supérieures, le réflexe de Jacobsohn et de Rossolimo supérieur, positifs. Réflexe de Sterling +. Réflexes abdominaux : droits négatifs, gauches positifs. Réflexes patellaires accentués, le droit plus vif que le gauche. Réflexes achilléens accentués, le droit clonique. Clonus patellaire bilatéral. Réflexes plantaires normaux. Babinski négatif, Rossolimo droit + + +, gauche +. Force, mouvements actifs de la tension, sensibilité aux extrémités : rien à signaler. Diagnostic : sclérose en plaques.

Système nerveux végétatif. — 1° L'épreuve de Danielopoulo : pouls en position couchée 68, debout 79 ; après l'injection intraveineuse de 1 mgr. 1/2 d'atropine 132, debout 156. Tension du nerf sympathique 132 (la norme = 126), du nerf vague 64 (132-68) a décelé : la tension des deux systèmes accentuée avec prédominance de la vagotonie ; 2° l'épreuve de Aschner (à plusieurs reprises) positive, ralentissement du pouls jusqu'à 60.

Métabolisme basal (Dr Fejgin) est réduit à 10 o/o avec un coefficient respiratoire RQ = 0,88.

Étant donné que les oscillations de 10 o/o en plus ou en moins demeurent dans les limites de la norme, le résultat noté doit être considéré comme normal.

Radiographie du crâne (Dr Glosman). — Selle turcique de grandeur et configuration normales.

ÉVOLUTION DE LA MALADIE

La malade fut suivie presque sans interruption jusqu'au 1er avril 1932. Le 1er décembre 1931, l'examen a décelé ce qui suit : comparé aux photos de 1930, le nombre des efflorescences du thorax et du cou n'a presque pas changé, pourtant plusieurs des dépressions des régions sous-clavières paraissent agrandies et le nombre des efflorescences en in-octavo (2 dépressions confluentes) est également augmenté (fig. 3). Quant à la figure, nul doute qu'il y ait des efflorescences nouvelles. On constate au nez, en particulier, 2 taches atrophiques qui

n'y étaient pas auparavant. Les dépressions des joues, surtout auprès des conques auriculaires (fig. 4), sont également plus grandes. Au front et à la tempe droite (fig. 5), 5 taches atrophiques, tandis qu'auparavant il n'y en avait que 2. Au dos, le nombre des voussures (nodules et saccules vides) est augmenté (fig. 6).

La comparaison de l'état présent avec celui d'il y a deux ans permet de conclure que le processus morbide est en voie d'évolution.

Examen histologique

On a procédé à l'excision d'une dépression atrophique de la grandeur d'un pois à la région acromiale droite. Trois semaines après la biopsie, la plaie était cicatrisée par granulation.

L'examen au microscope décela dans les coupes des tableaux de deux espèces :

1° Tableau histologique des segments périphériques limitrophes de l'atrophie.

L'épithélium est un peu aminci, la couche cornée manque par endroits. La couche granuleuse n'est pas perceptible sur chaque coupe, la quantité de pigment dans les cellules basilaires est réduite. La ligne de démarcation épithéliale cutanée est régulière, aplanie par endroits.

Le derme : papilles peu développées ou absentes, accumulations considérables de cellules rondes, en particulier autour des vaisseaux, dont plusieurs sont dilatés. Fibres élastiques : en grande quantité et en disposition régulière. A mesure qu'on approche du segment central elles deviennent plus rares, moins onduleuses, resp. dépecées ;

2° Le tableau histologique de la portion médiane correspondant à l'atrophie maculeuse (fig. 7-8).

L'épithélium est aminci, composé de 3-5 assises ; par endroits absence du stratum granulosum. La ligne de démarcation cutanée-épithéliale est absolument unie, en forme d'une ligne horizontale.

Le derme : absence complète de papilles. Dans la couche correspondant aux papilles et composée d'un tissu conjonctif compact on aperçoit un segment nettement conique, dont le sommet est appuyé contre le tronc vasculaire, et dont la base, c'est-à-dire le côté le plus large, est parallèle à l'épithélium. Ce segment manque presque absolument de fibres élastiques : çà et là, on trouve seulement leurs

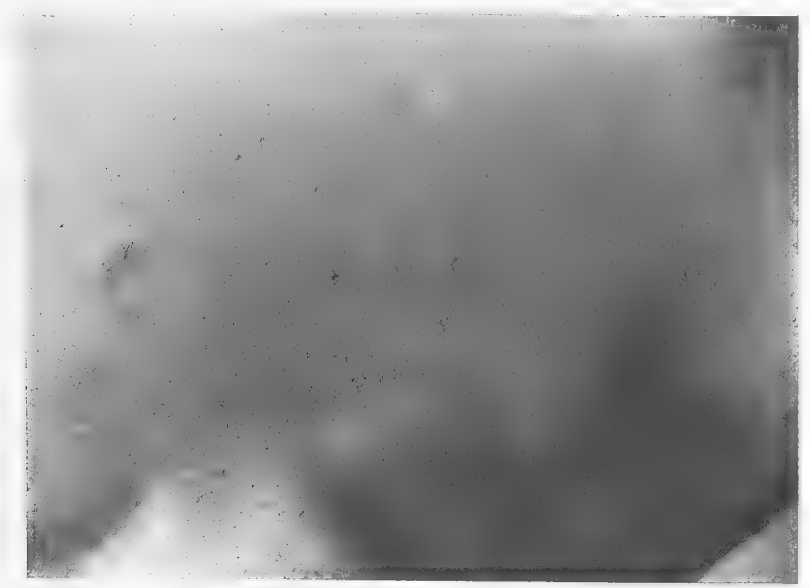


Fig. 3.

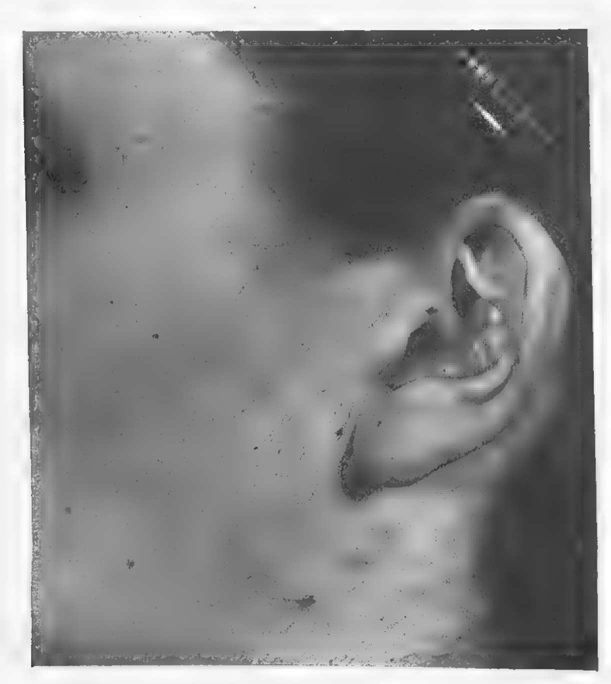


Fig. 4.





Fig. 5.

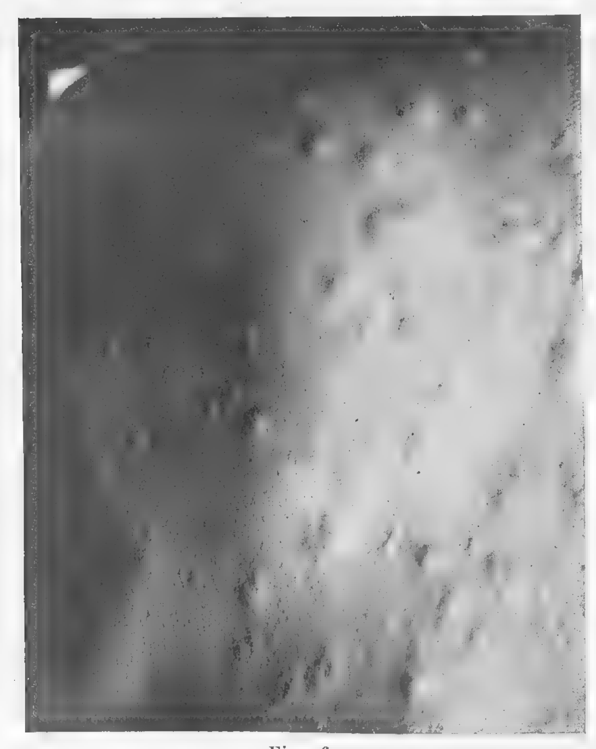


Fig. 6.

débris sous forme de fragments ou de morceaux qui prennent mal la coloration. Par contre, des deux côtés (à l'extérieur) de ce cône les fibres élastiques sont indemnes. Les fibres collagènes, glutineuses, sont faiblement colorées par endroits. Absence de phénomènes dégénératifs. A part cela, existent des accumulations disséminées de cellules d'infiltration où l'on trouve encore des débris de fibres élastiques, tandis que les segments libres de ces cellules d'infiltration

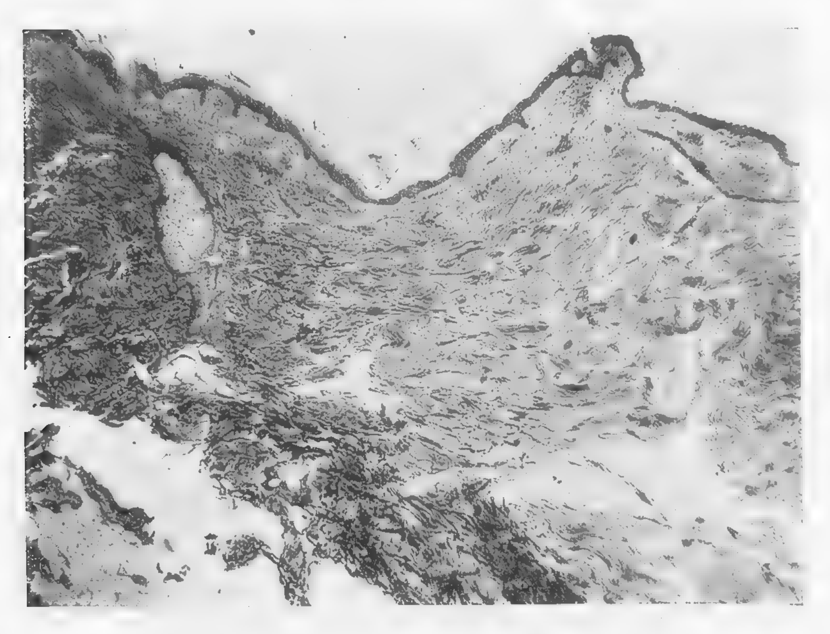


Fig. 7. — Tableau histologique. Microphotographie. Grossissement 29 fois. Vue d'ensemble. Le côté gauche du tableau représente un segment périphérique limitrophe de l'atrophie. Le côté droit présente la partie atrophique centrale. A droite, en haut, gaine d'infiltration, entourant un vaisseau embranché.

manquent absolument d'éléments élastiques. Glandes sudoripares, nombreuses et normales. Les vaisseaux accusent des phénomènes de prolifération de l'endothélium, qui, par endroits, va jusqu'à l'oblitération presque totale de l'orifice des vaisseaux; en plus, tous les vaisseaux sont entourés d'une gaine d'infiltration.

Dans la partie inférieure des préparations, c'est-à-dire à la limite du derme et du tissu adipeux, apparaît la coupe transversale d'un

gros vaisseau (tronc veineux) (1); au-dessus de lui et à côté se trouve une forte infiltration massive appuyée contre lui et composée de cellules rondes (lymphocytes), de nombreuses cellules du tissu conjonctif et de cellules plasmatiques isolées (fig. 9). De cette infiltration partent trois branches : la première, la plus longue et fine, se dirige en haut, poussant presque jusqu'à la limite cutanée, épithéliale ; les deux autres, plus courtes se terminent non loin du vaisseau. Le parcours de ces raies d'infiltration correspond à celui des vaisseaux



Fig. 8. — Partie centrale de la figure 7. Grossissement 70 fois. L'épiderme est aminci, la ligne de démarcation cutanéo-épidermique est aplanie ; débris ou absence complète des fibres élastiques dans le derme.

dont l'orifice se trouve dans le grand vaisseau veineux précité. Près du pôle inférieur de la coupe transversale du tronc vasculaire apparaît une artériole avec endothélium en prolifération. Il y a lieu de souligner que dans le voisinage direct des infiltrations qui courent

(1) Ce tableau histologique (dessin) fut déjà cité chez Grzybowski dans sa publication « Sur les atrophies maculeuses » (*Przegl. Dermat.*, 1931, p. 40).

le long des branches vasculaires, les fibres élastiques sont très clairsemées, respectivement morcelées.

Les lésions histologiques décrites plus haut correspondent en général aux tableaux connus grâce aux œuvres classiques de Oppenheim, Gans, Kyrle et Pautrier. Dans mon observation, l'infiltration massive mentionnée, qui entoure le grand tronc vasculaire, paraît intéressante et démonstrative. Car dans ce cas le problème se pose de



Fig. 9. — Représente une partie inférieure de la figure 7. Profil transversal d'un gros tronc veineux avec infiltration massive appuyée contre lui.

savoir si cette infiltration ne serait pas le résidu d'un état inflammatoire propagé vers le haut ou bien l'étape finale d'un processus se propageant de haut (couche supérieure du derme) en bas. Conformément aux données histologiques du cas en question, on serait porté à supposer que les lésions inflammatoires ont débuté dans les assises les plus hautes de la peau (ce qui, du reste, est révélé par le tableau clinique : érythème dans sa première phase), et qu'ensuite l'infiltration s'est propagée en bas vers la couche sous-

cutanée, en détériorant le tissu élastique. Kyrle était de même opinion. La justesse de ce raisonnement est appuyée par l'absence de lésions inflammatoires dans le tableau histologique du segment supérieur du cône, de même que par la présence d'une abondante infiltration sans tendance à l'organisation dans la partie inférieure, c'est-à-dire autour du tronc vasculaire en question. Grzybowski, qui, dans sa publication, cite mon cas également examiné par lui et en discute les altérations histologiques, admet que tout ce processus morbide a été provoqué de la manière suivante : les « lésions inflammatoires » qui se sont déclarées à un endroit circonscrit de quelque tronc vasculaire ont provoqué la détérioration du tissu conjonctif, particulièrement des fibres élastiques dans le segment vascularisé par les vaisseaux correspondants ; les lésions de la peau étant survenues après une fièvre puerpérale, il est plausible que l'agent toxique ou infectieux ait provoqué dans les vaisseaux des lésions inflammatoires encore perceptibles dont les atrophies sont le résultat direct. La lésion du tronc vasculaire, qui alimente le segment donné, explique la forme ronde de l'atrophie maculeuse ».

Kyrle rapporte que dans le voisinage de l'infiltration inflammatoire le tissu élastique s'atrophie sans produire d'infiltration dans cet endroit. J'ai déjà souligné ce fait dans le compte rendu histologique de mon observation. Par contre le résultat des recherches histologiques de Benjamowicz et Maskilejson demeure isolé. Dans leur cas d'atrophie maculeuse unilatérale ces auteurs ont observé des lésions inflammatoires minimes; ce fait les a autorisés à émettre l'hypothèse que l'atrophie maculeuse peut se développer même sans état inflammatoire initial. Suivant Pautrier, l'atrophie maculeuse n'est point une affection proprement dite de la peau, mais du tissu conjonctif. Pautrier souligne que l'infiltration périvasculaire est bien plus considérable dans la profondeur ; dans cette portion la détérioration des fibres élastiques et collagènes est la plus forte, ce qui explique la formation des voussures et des « saccules vides » représentant des altérations dégénératives et hypertrophiques secondaires. D'après Oppenheim, un nombre restreint d'auteurs ont signalé cette phase de l'atrophie maculeuse devant être envisagée comme la fin du processus morbide. Je voudrais souligner que la dégénération en « saccules vides » (troisième phase d'Oppenheim) n'est pas de rigueur. Dans mon cas observé durant deux ans, les

efflorescences en forme de dépressions (à la surface antérieure du thorax et à la figure) se sont maintenues.

En résumant les résultats des recherches cliniques, de laboratoire et histologiques, on arrive à en déduire que l'on serait ici en face d'un cas très rare d'atrophie maculeuse pure, présentant des facteurs étiologiques hétérogènes. Les antécédents ont permis de relever le typhus, les troubles de la peau (atrophie) se sont déclarés à la suite d'une infection puerpérale chez une malade tuberculeuse. L'examen n'a pas décelé de troubles de sécrétion interne. Par contre, en dehors de la labilité du système nerveux végétatif, on a constaté la coexistence de la sclérose en plaques (*sclerosis multiplex*).

Au point de vue des idées modernes, notre cas devrait être envisagé de la manière suivante : chez un sujet atteint de sclérose en plaques consécutive au typhus, d'infection puerpérale et de tuberculose, des conditions se sont produites favorisant l'atteinte des vaisseaux sanguins et l'atrophie de la peau.

Or, le problème se pose de savoir, si dans ce cas une corrélation existe entre l'atrophie maculeuse et la sclérose en plaques, dont la malade est atteinte, ou bien s'il ne s'agit que d'une coexistence fortuite de deux causes morbides indépendantes l'une de l'autre.

Je viens de dire que certains auteurs sont portés à admettre un lien causal entre l'atrophie cutanée avec les troubles du système nerveux. Dans mon observation, à part quelque symétrie dans la répartition des taches atrophiques à la face, rien ne décèle une connexion avec le système nerveux. Mais le fait, que les deux affections coexistantes dans ce cas, la sclérose en plaques et l'atrophie de la peau, ont quelque communauté étiologique, a toutefois son importance. Le facteur infectieux joue dans l'atrophie un rôle éminent sans doute. En ce qui concerne la sclérose en plaques, il est admis actuellement en général que cette affection est attribuable à un facteur infectieux ; à l'heure présente on admet plutôt que la sclérose en plaques est due à un micro-organisme spécifique, non identifié encore. En outre, il faut rappeler que des neurologues anciens éminents (P. Marie, Oppenheim, et autres), tout en admettant l'étiologie infectieuse pour la sclérose en plaques, n'envisagent pas celle-ci comme une affection *sui generis*. D'après leur affirmation cette

affection survient après des maladies infectieuses aiguës (dothiénentérie, etc.). Les publications récentes prétendent que la sclérose en plaques serait provoquée par un ultra-virus analogue à celui de l'encéphalite léthargique (Pette). Le virus de ces affections peut rester à l'état latent ; quelqu'agent nocif exo- ou endogène peut le rendre actif. L'agent morbide de la sclérose en plaques demeure parfois dans l'organisme pendant de longues années, à l'état latent ; tout à coup, sous l'action de facteurs inconnus, il se manifeste. Cet état de prédisposition latente pour l'atrophie existe, à l'avis de Oppenheim, aussi pour l'atrophie idiopathique de la peau.

D'autre part, les neurologistes ont porté leur attention sur les affections de la peau (rares, il est vrai), observées dans l'évolution de la sclérose en plaques. Notamment, on y a observé des troubles trophiques et vasomoteurs. Ces troubles dans la forme atrophique de la sclérose en plaques ont même été observés plus souvent, et Lejonne les envisage comme un symptôme à peu près constant. Mme Bau-Prussak, qui a observé 8 cas de sclérose en plaques amyotrophique, a trouvé dans deux cas des troubles trophiques (hypotrichosis) avec coloration focale rouge livide de la peau. Dans sa publication, Mme Bau-Prussak cite : Pitres qui décrit une hypertrophie du tissu sous-cutané, Déjérine, des troubles trophiques des ongles, Flatau, une hypertrichose de nature radiculaire. En outre, Lejonne, Lewy, Sterling ont récemment signalé des troubles trophiques de la peau au cours de l'évolution clinique de la sclérose en plaques.

En ce qui concerne la coexistence de l'atrophie de la peau avec la sclérose en plaques, la littérature mondiale rapporte un seul cas ayant trait à ce problème et décrit par Benedek et László.

Ces auteurs, chez une malade âgée de 39 ans, ont observé une acrodermatite atrophique (qu'ils ont nommée « neurotrophopathie ») ; l'affection datait de 10 ans et l'examen neurologique y a décelé le tableau classique de la sclérose en plaques.

La présence de lésions graves de la peau en forme d'escarres étendues siégeant sur les surfaces périphériques des extrémités, est attribuée par Benedek et László au fait que les foyers supposés le long de la moelle épinière sont susceptibles de provoquer dans les zones périphériques correspondantes des anomalies neurogènes dystrophiques. Bien que cette hypothèse soit fort plausible, néanmoins elle

est difficile à étayer par des arguments indiscutables. Dans mon observation personnelle, du côté neurologique, on n'a pu établir aucune corrélation entre les lésions du système nerveux central (c'est-à-dire les foyers présumés de la sclérose en plaques) et la localisation des taches atrophiques. Par contre, l'hypothèse de Benedek et Laszló, essayant de démontrer que les moments infectieux toxiques supposés dans la sclérose en plaques, puissent également attaquer les portions situées en dehors de l'axe céphalo-rachidien — donc la peau — paraît dans l'évolution de la sclérose en plaques confirmer les lésions de la peau observées déjà autrefois et citées ci-dessus (établies par des neurologistes).

Il est possible qu'aussi bien dans l'observation de Benedek et Laszló, que dans la mienne, la coexistence de l'atrophie de la peau avec la sclérose en plaques soit uniquement due à une coïncidence accidentelle. Toutefois les données mentionnées de la littérature n'excluent pas la possibilité de quelque corrélation entre les atrophies de la peau et les troubles du système nerveux central, surtout — la sclérose en plaques. Des recherches systématiques et approfondies sur le système nerveux, faites dans tous les cas d'atrophie cutanée, pourraient contribuer à élucider ce problème.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bau-Prussak. *a*) *Recueil de Travaux* offert à Edouard Flatau, 1929 ; *b*) *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, 1931.
2. Benedek-Laszló. *Zentrbl. f. Haut-u-Geschlechtskr.*, 30, 1929, p. 742.
3. Bernhardt, R. *Maladies de la peau*, 1922.
4. Berson et Mme Korolko. *Ztrbl.*, 32, 1930, p. 349.
5. Chorazak. *Przegl. Dermat.*, 1930.
6. Grzybowski. *Przegl. Dermat.*, 1923 et 1931.
7. E. Herman. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. X, nº 3, 1929, pp. 246-258.
8. Herxheimer. *Archiv f. Dermat.*, 138, p. 337.
9. Krzysztalowicz et Grzybowski. *Maladies de la Peau*, 1932.
10. Milian, cité chez Grzybowski.
11. Oppenheim, Jadassohn. *Handbuch*, VIII, 2, 1931, contenant des données bibliographiques précises jusqu'à 1930, inclusivement.
12. Pautrier. *a*) *Bull. de la Soc. franc. de Dermat.*, nº 7, 1929, pp. 973-978, 1007-1015 ; *b*) *Ibidem*, nº 8, 1931.
13. Pette, cité chez Flatau. *Warsz. Czasop. Lek.*, 1931, p. 1206.
14. Szumski. *Przegl. Dermatol.*, 1930, p. 280.

RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS HISTOLOGIQUES D'ÉPITHÉLIOMAS DE LA PEAU (PLUS PARTICULIÈREMENT CEUX DE LA TÊTE) SUIVANT LES RÉGIONS ANATOMIQUES, LE SEXE ET L'AGE

Par A. LACASSAGNE
Institut du Radium, Paris.

DEUXIÈME PARTIE (1)

B. — ÉTUDE RÉGIONALE DES ÉPITHÉLIOMAS CUTANÉS DE LA TÊTE

I. — *Les épithéliomas des régions orbito-palpébrales.*

La peau des paupières donne fréquemment naissance à des cancers, et les régions orbito-palpébrales se classent en deuxième ligne, après le nez, dans l'ordre de la fréquence de production d'épithéliomas cutanés.

Parmi 204 cas étudiés de 1919 à 1932, on comptait 113 femmes pour 91 hommes. Celles-là représentent donc 55 o/o de l'ensemble des cas ; par conséquent, compte tenu du plus grand nombre de femmes dans la population, ce cancer atteint à peu près également les deux sexes :

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
H. . . .	1	3	7	22	38	17	3
F. . . .	1	[illegible]	13	20	42	25	10

D'après les résultats de l'examen histologique de ces tumeurs, on aboutit au classement suivant : chez 12 malades, la biopsie n'a pas été pratiquée, ou bien elle l'avait été dans un autre laboratoire, ou bien le prélèvement était insuffisant pour permettre un diagnostic de variété. Ces 12 cas étant éliminés, il en reste 192, 86 hommes et 106 femmes, parmi lesquels :

(1) Voir la 1re partie, dans notre no 6, juin 1933, p. 497.

24 épithéliomas épidermoïdes, dont 11 hommes et 13 femmes.
123 *ulcus rodens* lobulés, dont 54 hommes et 69 femmes.
24 *ulcus rodens* adénoïdes, dont 11 hommes et 13 femmes.
16 *ulcus rodens* parakératoïdes, dont 10 hommes et 6 femmes.
5 non épidermoïdes spéciaux, tous chez des femmes.

1° **Épithéliomas épidermoïdes.** — Leur nombre, relativement faible, 24 sur 192 cas considérés (12 o/o), ne leur assigne qu'une place secondaire parmi les épithéliomas cutanés des régions palpébrales. De plus, il ne permet pas de tirer de conclusions relativement à l'âge des malades, qu'indique le tableau suivant :

	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
	—	—	—	—	—
H. . . .	1	2	7	1	0
F. . . .	0	0	3	4	6

On se rend compte, toutefois, que ce cancer s'observe surtout chez des sujets âgés et même très âgés, et qu'il atteint, en général, l'homme à une période de la vie beaucoup moins avancée que la femme. La recherche du siège initial de la tumeur a montré qu'il pouvait être quelconque : 9 de ces épithéliomas occupaient le voisinage de la commissure interne, 8 la paupière inférieure, 5 la paupière supérieure et 1 le rebord inférieur. Au point de vue de l'extension du cancer au moment du traitement, on comptait 8 cas au stade I (1) (petite lésion de moins de 2 centimètres de longueur et non adhérente au plan profond) ; 13 au stade II (lésion superficielle de plus de 2 centimètres, ou lésion plus petite mais fixée au plan osseux) ; 2 au stade III (envahissement étendu à toute la région orbitaire ou en dépassant largement les limites) ; dans un dernier cas, il s'agissait d'un épithélioma resté guéri après ablation chirurgicale, mais ayant donné une adénopathie cancéreuse secondaire. La forte proportion de lésions graves, parmi des néoplasmes dont le début apparent variait, pour la plupart d'entre eux, de quelques mois à deux années, indique une assez

(1) Nous avons admis un classement des épithéliomas de la peau de la face en trois stades évolutifs conventionnels, en tenant compte exclusivement de l'extension anatomique de la lésion primitive. Pour la plupart des localisations, la définition générale de ces stades correspond à la suivante : le stade I comprend les néoplasmes dont le plus grand diamètre ne dépasse pas 2 centimètres et restés mobilisables avec la peau ; le stade II ceux qui sont fixés aux plans profonds ou qui mesurent entre 2 et 5 centimètres ; au stade III appartiennent les vastes épithéliomas dont les dimensions dépassent 5 centimètres.

grande malignité. En effet, bien qu'histologiquement ils aient appartenu à des variétés diverses, ils se sont généralement comportés comme des cancers à évolution rapide. Les récidives, qu'elles fussent post-opératoires ou post-radiothérapiques, avaient apparu après quelques mois. Cinq malades portaient au moment du traitement, ou ont présenté dans la suite, une adénopathie d'apparence néoplasique, de siège préauriculaire, parotidien ou sous-maxillaire.

Histologiquement, ces épithéliomas appartenaient le plus souvent à la variété épidermoïde cutanée (aspect de papillome dégénéré) : à ce groupe se rattachaient 11 cas. Chez 5 malades (dont 4 hommes) il s'agissait d'épithélioma du type des muqueuses. On comptait, en outre, 3 épithéliomas dyskératosiques et 3 épidermoïdes peu différenciés, du type des muqueuses, de provenance peut-être muco-palpébrale. Enfin, chez 2 femmes, l'épithélioma à évolution sébacée avait manifestement pris son origine dans la glande de Meibomius. Aucune de ces variétés n'a manifesté de particularité notable quant au siège, à l'âge, ni au sexe des patients.

2° « **Ulcus rodens** ». — La plupart des épithéliomas cutanés de la région appartiennent à cette race : 163 sur 192, soit 85 o/o. Les voici, répartis par âge et par sexe :

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
	—	—	—	—	—	—	—
H. . .	1	3	6	20	29	14	2
F. . .	1	2	13	19	32	17	4

Ce tableau établit que les *ulcus rodens*, comme les épidermoïdes, ne prédominent pas particulièrement dans un des sexes. Si ce cancer frappe souvent des individus encore jeunes, il se rencontre ordinairement après la soixantaine : dans 60 o/o des cas les malades avaient dépassé cet âge. Il est vrai que les *ulcus rodens* des paupières ne progressent qu'avec une grande lenteur ; le début des lésions remontait ordinairement à plusieurs années ; il atteignait 5 ans au moins dans 54 o/o des cas, et 10 ans au moins dans 38 o/o.

La lésion occupait initialement (dans 157 cas où ce détail a pu être reconnu) : 67 fois la commissure palpébrale interne, 49 fois la paupière inférieure, 20 fois la commissure externe, 19 fois le rebord orbitaire inférieur et 2 fois le supérieur. Il n'y a eu aucune différence

de répartition à ce point de vue entre les sexes. Cet ordre de fréquence, dans le point de départ de ces cancers est donc très différent de celui observé pour les épidermoïdes de la même région. L'absence d'*ulcus rodens*, au niveau de la paupière supérieure proprement dite, mérite particulièrement d'être remarquée.

D'après l'extension des lésions au moment du traitement, ces malades se répartissaient en 85 au stade I, 59 au stade II, 19 au stade III. La différence de la malignité de ces cancers, par comparaison avec celle des épidermoïdes, se traduit par des nombres probants, si l'on oppose 33 o/o seulement au stade I pour les cancroïdes dont le début remontait à peu de mois, et 52 o/o d'*ulcus rodens* qui évoluaient depuis plusieurs années.

a) *Ulcus rodens lobulés.* — Cette variété, de beaucoup la plus nombreuse (76 o/o) impose, de ce fait, ses caractéristiques à l'ensemble des *ulcus rodens* : le siège plus particulièrement fréquent à la paupière inférieure, la lenteur de l'évolution et la bénignité relative.

Histologiquement, on reconnaît ici les trois types, avec souvent des formes de passage qui rendent la détermination malaisée. La proportion entre ces types correspond sensiblement à : pilaires : 42 o/o ; sébacés : 36 o/o ; sudoripares : 22 o/o.

b) *Ulcus rodens adénoïdes.* — Relativement assez commun dans cette région (14 o/o), cet épithélioma offre certains caractères particuliers. D'abord son siège de prédilection : il occupe avec une fréquence remarquable (62 o/o des cas) la commissure interne. Il se rencontre aussi souvent chez la femme que chez l'homme. Il apparaît à tout âge : c'est à cette variété qu'appartenait le sujet le plus jeune (une femme de 28 ans, atteinte depuis 6 ans), comme aussi de très vieux. De marche lente (chez une malade la lésion datait de 35 ans), il acquiert néanmoins une gravité plus grande en raison de son siège, de sa fréquente extension interstitielle, d'où sa tendance à adhérer à la paroi interne de l'orbite. De fait, les lésions ont été classées 14 fois au stade I, 8 fois au stade II et 2 fois au stade III. Néanmoins, jamais un de ces cancers, pas plus que ceux des autres variétés d'*ulcus rodens*, n'a ensemencé les ganglions.

c) *Ulcus rodens parakératoïdes.* — Cet épithélioma a été observé plus souvent chez l'homme que chez la femme, apparaissant à un âge relativement précoce. Il siégeait particulièrement sur la pau-

pière inférieure, soit sur le bord libre, soit au niveau du rebord orbitaire. De marche lente, il a manifesté une très faible malignité.

3° **Non épidermoïdes spéciaux.** — Ces 5 cancers ont été rencontrés chez des femmes dont l'âge variait de 61 à 78 ans. Tous ont fait preuve d'une marche rapide et d'une grande malignité. Bien que le début datât de moins d'un an pour 4 d'entre eux et de 3 ans pour le dernier (qui avait déjà subi plusieurs applications de radium), on était en présence de lésions au stade II dans 3 cas, au stade III dans les derniers. Histologiquement, il s'agissait le plus souvent de carcinomes glandulaires. Deux de ces malades ont présenté un envahissement néoplasique des ganglions parotidiens.

En résumé. — Les épithéliomas cutanés des régions orbito-palpébrales frappent avec une grande et égale fréquence les hommes et les femmes.

Les épithéliomas épidermoïdes ne représentent que 12 o/o de ces cancers. On les rencontre ordinairement chez des vieillards. Ils n'ont pas de lieu d'élection et siègent aussi bien à la paupière supérieure qu'à l'inférieure.

Les *ulcus rodens*, beaucoup plus fréquents (85 o/o des cas), débutent à un âge moins avancé que les épidermoïdes. Leurs sièges de prédilection sont la paupière inférieure et la commissure interne. Parmi eux, ceux auxquels il semble qu'on puisse attribuer une origine sébacée ou sudoripare représentent une majorité : 41 o/o du type sébacé ; 26 o/o du type sudoripare. La variété adénoïde, qui prend habituellement naissance au niveau de la commissure interne, offre — malgré sa lente évolution — une certaine malignité locale, relativement plus grande que celle des autres variétés.

Les non épidermoïdes spéciaux, ordinairement adénocarcinomes n'ont été rencontré que chez des femmes. Leur malignité s'est toujours montrée grande.

II. — *Les épithéliomas de la région nasale.*

Les épithéliomas de la peau du nez représentent, par leur nombre, la plus importante des localisations des cancers cutanés. Les

374 cas observés se répartissent en 156 hommes et 218 femmes; c'est-à-dire que le pourcentage de 58 o/o de femmes indique une incidence légèrement supérieure dans ce sexe.

Le tableau suivant établit l'âge auquel les malades se sont présentés :

	20 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
	—	—	—	—	—	—	—
H. . .	0	4	18	42	54	29	9
F. . .	1	8	16	31	83	66	13

On est frappé, à son examen, par la différence notable qui sépare les sexes quant à l'âge de prédilection de ce cancer : alors que 58 o/o seulement des hommes avaient dépassé 60 ans, c'était le cas de 74 o/o des femmes : le cancer du nez atteint donc les femmes à un âge plus avancé que les hommes.

Au point de vue histologique, ces 374 observations se répartissent comme suit : 27 cas sont à éliminer, soit parce que la biopsie n'a pas été pratiquée, soit que le prélèvement ayant été fait ailleurs ou ayant été insuffisant, la variété histologique n'a pu être établie. Restent 347 malades (148 hommes et 199 femmes) parmi lesquels :

94 épithéliomas épidermoïdes, dont 40 hommes et 54 femmes.
183 *ulcus rodens* lobulés, dont 71 hommes et 112 femmes.
36 *ulcus rodens* adénoïdes, dont 20 hommes et 16 femmes.
30 *ulcus rodens* parakératoïdes, dont 15 hommes et 15 femmes.
4 non épidermoïdes spéciaux, dont 2 hommes et 2 femmes.

1° **Epithéliomas épidermoïdes.** — Les 94 cas représentent les 27 o/o de l'ensemble des épithéliomas de la peau du nez, contrôlés histologiquement. Voici leur classement par sexe et par âge :

	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
	—	—	—	—	—	—
H. . .	1	5	3	22	8	1
F. . .	3	5	8	22	14	2

L'incidence maximum de ces cancers se place donc à un âge avancé, l'affection étant survenue après 60 ans dans 77 o/o des cas. L'âge d'apparition est le même dans les deux sexes; on a observé une proportion un peu plus grande de femmes (57 o/o).

Si les cancroïdes sont proportionnellement plus fréquents au nez qu'aux paupières, du moins s'avèrent-ils moins malins : non pas que la durée d'évolution soit, pour la majorité d'entre eux, beaucoup plus longue (plus de 70 o/o dataient de moins de 2 ans); mais l'extension atteinte par le cancer était moindre. On comptait

en effet 57 cas au stade I (lésion de moins de 2 centimètres de diamètre), 24 au stade II (lésion ne dépassant pas les limites de l'organe), 13 au stade III (volumineux cancers débordant largement la région originelle). Encore faut-il ajouter que, parmi les cas graves à ce dernier stade, plusieurs étaient des épithéliomas développés sur lupus (8 cas dont 3 au stade II et 5 au stade III). En outre, l'envahissement des ganglions survient rarement : on ne l'a observé que 6 fois sur 94 malades.

Le point de départ de la lésion sur le nez a pu être précisé dans 90 cas ; 25 fois le néoplasme s'était développé sur le lobule et 21 fois sur le bord antérieur, 19 fois sur les faces latérales, 11 fois sur les ailes narinaires, 8 fois sur l'espace inter-naso-palpébral à proximité d'une commissure palpébrale, 6 fois sur la sous-cloison ou le rebord narinaire inférieur. Le grand nombre des cancroïdes ayant pris naissance sur le lobule ou le bord antérieur est assez remarquable (plus de 50 o/o). On se rendra compte de la différence marquée qui existe, à ce point de vue, par comparaison avec les autres races d'épithéliomas.

Au point de vue histologique, il semble que la plupart des cancroïdes du nez tirent leur origine soit directement de l'épiderme, se présentant comme des papillomes dégénérés, soit du cône d'émergence de follicules; ces formes représentent plus de 70 o/o des épidermoïdes du nez. Un certain nombre (15 o/o) proviennent d'un épithélium modifié par une inflammation (lupus notamment), ou ont pris naissance près du rebord narinaire ; leur structure se rapproche, alors, plutôt du type des muqueuses. Enfin, le reste offre dans l'évolution de leurs cellules, tantôt des monstruosités variées et des aspects dyskératosiques, tantôt une transformation sébacée caractéristique, ces épithéliomas paraissant dériver de glandes sébacées elles-mêmes, ou d'épidermes modifiés antérieurement par une dyskératose spéciale.

2° « **Ulcus rodens** ». — Les 249 cas contrôlés histologiquement comprennent 106 hommes et 143 femmes (57 o/o). Les voici, groupés par âge ;

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
H. . .	0	4	11	36	29	18	8
F. . .	1	4	9	19	53	46	11

Une différence marquée se manifeste ici, entre les sexes, pour ce qui est de l'âge des patients. Alors que, dans le cas des épidermoïdes, les hommes et les femmes étaient atteints sensiblement dans la même période de la vie, les *ulcus rodens* frappent la moyenne des hommes beaucoup plus précocement ; il y a, quant à la fréquence du cancer par décade d'âge, un décalage de 10 ans de retard en faveur des femmes. 55 hommes seulement avaient plus de 60 ans (50 o/o), tandis que c'était le cas de 104 femmes (76 o/o).

Par comparaison avec ce qui a été dit pour les *ulcus rodens* des paupières, les lésions remontaient habituellement à un laps de temps un peu moindre. Cependant, dans 47 o/o des cas, elles avaient débuté 5 ans auparavant, et dans 25 o/o elles dataient de 10 ans au moins. On peut penser que les malades demandent plus précocement le traitement d'une lésion siégeant sur le nez que sur la paupière : de fait, les femmes ont été vues beaucoup plus souvent que les hommes dans les deux premières années après l'apparition du néoplasme, constatation qui renforce la notion de l'apparition des *ulcus rodens* du nez, à un âge plus avancé chez la femme. Dans l'ensemble, les lésions étaient d'ailleurs nettement moins avancées qu'au niveau des paupières : en effet, on en comptait 173 au stade I, 67 au stade II et 9 au stade III.

Il y a lieu d'insister sur la topographie du point de départ des *ulcus rodens*, assez différente de celle des épidermoïdes. Alors que, pour ces derniers, les localisations au lobule et au bord antérieur étaient les plus fréquentes, elles deviennent ici beaucoup plus rares (environ 20 o/o). Le siège le plus habituel des *ulcus rodens* correspond aux ailes et aux faces latérales.

a) *Ulcus rodens lobulés*. — De beaucoup les plus nombreux (74 o/o). Il n'y a rien de particulier à signaler relativement à leur siège, à l'extension des lésions, ni à la distribution suivant l'âge, qui correspondent aux caractères qui ont été reconnus pour l'ensemble des *ulcus rodens*. Les types histologiques sont à peu près également représentés dans les deux sexes. 49 o/o des *ulcus rodens* lobulés appartiennent au type pilaire ; l'autre moitié se répartit en 32 o/o de sébacés et 20 o/o de sudoripares. La proportion des épithéliomas pilaires est donc un peu plus forte au nez qu'au niveau des paupières.

b) *Ulcus rodens adénoïdes*. — Ils sont relativement assez nom-

breux, 14 o/o (à peine moins fréquents qu'aux paupières). Souvent d'ailleurs, ils se sont développés au niveau du sillon oculo-nasal, à proximité de la commissure palpébrale.

D'évolution très lente, ces *ulcus rodens* avaient atteint des stades évolutifs en moyenne plus avancés que les autres variétés, peut être à cause de leur développement interstitiel qui conduit plus tôt à la fixation de la lésion aux plans profonds.

c) *Ulcus rodens parakératoïdes.* — Dans la proportion de 12 o/o ; ils ne diffèrent en rien de l'évolution des lobulés.

3° **Epithéliomas non épidermoïdes spéciaux.** — Ces quatre tumeurs ont été observées chez des individus âgés de 57 à 75 ans ; deux d'entre elles étaient des adénocarcinomes typiques.

En résumé. — Le nez est la région qui fournit le plus grand nombre d'épithéliomas cutanés. On les rencontre un peu plus fréquemment chez la femme. Dans 27 o/o des cas, on a affaire à des cancroïdes, survenant d'ordinaire au cours de la septième et de la huitième décades de la vie. Leur malignité est relativement peu marquée. Ils siègent de préférence sur le lobule et la moitié inférieure du bord antérieur de l'organe.

Les *ulcus rodens* occupent plutôt les faces latérales et les sillons narinaires ; ils surviennent à un âge moins avancé que les épidermoïdes. Ils appartiennent surtout au type pilaire, mais on trouve également une proportion importante de sébacés et de sudoripares ; envisagés dans leur ensemble, les *ulcus rodens* se répartissent en effet en 40 o/o d'épithéliomes pilaires, 34 o/o de sébacés et 26 o/o de sudoripares.

III. — *Épithéliomas des régions labiales.*

Nous avons déjà dit pourquoi les épithéliomas des lèvres (surtout ceux de la lèvre inférieure) ne seraient pas étudiés ici avec autant de détails que ceux des autres localisations cutanées de la tête, ni comparés avec eux : la pathologie générale, la clinique, l'histologie, la statistique concordent pour établir que la plupart d'entre eux doivent être logiquement rattachés aux épithéliomas de la muqueuse buccale plutôt qu'à ceux de la peau.

A *la lèvre inférieure* particulièrement, on peut dire que presque tous les épithéliomas prennent naissance sur le revêtement muqueux de l'organe; aussi, à peu près tous appartiennent-ils à la race épidermoïde. C'était le cas des 226 malades traités à l'Institut Curie, qui comprennent 17 femmes seulement pour 209 hommes. Cette proportion de 92 o/o d'hommes correspond à celle observée pour les épithéliomas de la cavité buccale (89 o/o pour ceux de la face interne des joues, 91 o/o pour les muqueuses de revêtement des maxillaires, 97 o/o pour le voile du palais, 95 o/o pour le plancher de la bouche, 89 o/o pour la portion buccale de la langue et 94 o/o pour sa portion pharyngienne).

Le fait est moins net à *la lèvre supérieure*, où une proportion relativement importante d'épithéliomas apparaissent au niveau du revêtement cutané. Mais de ceux-ci, la très grande majorité sont des *ulcus rodens*. Au contraire, bien qu'il soit parfois difficile de préciser le point de départ exact des épithéliomas épidermoïdes de cette région (cancers à marche assez rapide, comme nous le préciserons plus loin) il est bien établi que le plus grand nombre d'entre eux proviennent du revêtement muqueux, ou de la ligne de passage cutanéo-muqueux. La répartition des cas suivant les sexes en fournit d'ailleurs la preuve : sur 47 épithéliomas de la lèvre supérieure, 19 étaient des épidermoïdes (40 o/o) dont 15 chez des hommes (78 o/o), proportion qui se rapproche sensiblement de celle des épithéliomas de la cavité buccale.

Nous laisserons donc purement et simplement de côté ces 19 cas pour n'envisager que les *ulcus rodens*. Ajoutons toutefois, auparavant, que les épidermoïdes de la lèvre supérieure sont plus malins que ceux du nez. Le plus souvent le début remonte à moins d'un an pour des tumeurs déjà relativement étendues; sur 19 cas, 9 au moins ont présenté un envahissement ganglionnaire.

« Ulcus rodens » de la lèvre supérieure. — On en a identifié 28 (60 o/o de l'ensemble des épithéliomas de cette région) dont 17 femmes (60 o/o). Il s'agit, comme on voit, d'un cancer plus particulièrement féminin. L'opposition avec ce qui vient d'être dit de l'épithélioma épidermoïde de la même région est donc formelle et caractéristique. On peut également les considérer comme figurant parmi les cancers de la peau qui surviennent assez tôt, puisque 64 o/o des patients étaient d'âge en dessous de 60 ans :

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et +
H. . . .	0	0	4	3	3	1	0
F. . . .	1	■	■	6	3	2	1

Leur marche est lente et leur malignité faible : pour près de la moitié d'entre eux le début remontait à au moins 5 années (quelquefois 15) ; et cependant 19 cas étaient au stade I, 8 au stade II et un seul au stade III.

Par leur aspect histologique, ces cancers se rapprochent beaucoup des *ulcus rodens* du nez. Parmi 27 cas (1 étant éliminé pour biopsie insuffisante) on a reconnu :

23 *ulcus rodens* lobulés	dont 8 hommes et 15 femmes
3 *ulcus rodens* adénoïdes	dont 2 hommes et 1 femme
1 *ulcus rodens* parakératoïde	chez 1 homme.

a) *Ulcus rodens lobulés.* — Ils représentent la variété la plus fréquente, 85 o/o, et celle qui se rencontre surtout chez les femmes (65 o/o). Parmi eux, les trois types pilaire, sébacé et sudoripare se trouvent représentés dans une proportion un peu différente de celle des épithéliomas correspondants de la région nasale : 44,21 et 35 o/o. Le type pilaire prédomine ; c'est lui, mais surtout le type sudoripare, qu'on rencontre le plus souvent chez les femmes.

b) *Ulcus rodens adénoïdes.* — Ils étaient à tendance kystique, et nettement sudoripares.

En résumé. — Les épithéliomas épidermoïdes des lèvres, dont beaucoup sont d'origine plutôt muqueuse que cutanée, s'observent surtout chez des hommes et à un âge avancé.

Les *ulcus rodens,* les seuls que nous soyons autorisés à considérer comme des épithéliomas cutanés proprement dits au niveau des régions labiales, s'observent presque toujours sur la peau de la lèvre supérieure. Ils surviennent plus fréquemment chez la femme. La forte proportion des types pilaire et surtout sudoripare, par comparaison avec les *ulcus rodens* de type sébacé, caractérise cette région.

IV. — **Epithéliomas des régions auriculo-mastoïdiennes.**

Les épithéliomas de la région de l'oreille, sans être très nombreux, constituent une localisation intéressante, à cause de cer-

taines particularités. Tout d'abord la prédominance marquée dans le sexe mâle, que plusieurs auteurs ont déjà signalée et que nous retrouvons : 73 hommes sur 102 cas, soit 71 o/o ; la fréquence relative de la bilatéralité des lésions, ou du moins de la présence de dyskératose symétrique pouvant, d'un côté et de l'autre, se transformer en épithélioma ; le nombre assez grand de cas où les lésions frappent les individus exposés aux intempéries, ou dans l'anamnèse desquels la notion d'un traumatisme est rapportée. La répartition suivant l'âge fait l'objet du tableau suivant :

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
	—	—	—	—	—	—	—
H.	0	1	6	8	34	23	1
F.	1	1	7	3	15	2	0

Le cancer de l'oreille frappe donc les personnes d'un âge avancé ; on le rencontre surtout dans la 7e décade, pour les deux sexes ; 75 patients, c'est-à-dire 73 o/o avaient dépassé la soixantaine.

Mais le classement des cas par espèces histologiques va mettre en relief, mieux encore que pour les autres localisations d'épithéliomas cutanés, d'importantes différences suivant les sexes. Sur les 102 cas observés, un n'avait pas subi de biopsie, et deux fois le fragment prélevé était insuffisant pour permettre un diagnostic certain de variété; restent donc 99 cas, dont 72 hommes et 27 femmes, qui se répartissent de la façon suivante :

63 épithéliomas épidermoïdes dont 51 hommes et 12 femmes.
25 *ulcus rodens* lobulés dont 15 hommes et 10 femmes.
3 *ulcus rodens* adénoïdes dont 2 hommes et 1 femme.
6 *ulcus rodens* parakératoïdes dont 4 hommes et 2 femmes.
2 non épidermoïdes spéciaux, tous deux chez des femmes.

1° **Epithéliomas épidermoïdes.** — 63 cas sur 99 appartenaient à cette variété, soit 64 o/o. On voit que, de toutes les localisations cutanées jusqu'ici envisagées, c'est au niveau des oreilles que la proportion des épidermoïdes est la plus forte. Mais sur ces 63 malades, on ne compte que 12 femmes. L'épithélioma épidermoïde de l'oreille est donc un cancer masculin dans plus de 80 o/o des cas, frappant le plus souvent des individus au delà de la soixantaine, comme l'établit le tableau suivant :

	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
	—	—	—	—	—
H.	4	7	22	17	1
F.	5	2	4	1	0

Encore faut-il distinguer, parmi les épithéliomas des régions auriculo-mastoïdiennes, 4 localisations (subdivision que justifient la clinique et l'histopathologie) qui sont : les épithéliomas du pavillon, ceux du conduit auditif, ceux des régions pré- et rétro-auriculaires. A ce point de vue, les épidermoïdes se répartissent en 43 épithéliomas du pavillon (dont seulement 7 femmes); 6 du conduit auditif (dont 5 femmes, toutes relativement jeunes, ayant de 40 à 50 ans); 4 de la région pré-auriculaire et 10 de la région rétro-auriculaire. Si on met de côté les épithéliomas du conduit auditif, qui semblent atteindre les femmes avec une véritable prédilection, on voit que la région envisagée n'a fourni qu'une proportion extrêmement faible d'épidermoïdes chez la femme (12 o/o).

A l'examen histologique, les épidermoïdes du type des muqueuses ont été rencontrées dans la proportion de 24 o/o. Ils prennent naissance surtout au niveau des replis ou des dépressions revêtues d'un épiderme fréquemment sujet à la macération : conduit auditif, replis de la face externe du pavillon, sillon rétro-auriculaire. La plupart des épithéliomas du conduit auditif, qui sont l'apanage des femmes, appartenant à ce type, on ne s'étonnera pas que celles-ci soient représentées ici dans une proportion de 33 o/o.

Les épidermoïdes du type cutané, soit typique, soit d'aspect plus ou moins folliculo-sébacé, forment le groupe principal : 52 o/o. Ils siègent le plus souvent sur la partie supérieure du pavillon, au voisinage de l'hélix : cette forme est très rare chez la femme, 2 cas sur 33.

Enfin, les épithéliomas dyskératosiques ou les sébacés proprement dits, sont assez nombreux (24 o/o), et les femmes sont assez fréquemment atteintes (dans une proportion de 33 o/o). Ils ont été rencontrés un peu partout, sur les deux faces du pavillon et le sillon rétro-auriculaire, sans prédisposition spéciale de siège.

La malignité de ces cancers est relativement grande. Bien que le début remontât à moins de 2 ans dans plus de 70 o/o des cas, on était en présence 24 fois de lésions au stade I, 25 fois au stade II, 11 fois au stade III; dans 3 cas il s'agissait d'une métastase ganglionnaire, après guérison de la lésion auriculaire. En effet, l'envahissement des lymphatiques est ici assez fréquent et précoce. La présence d'une hypertrophie ganglionnaire (pré-auriculaire, parotidienne inférieure, ou mastoïdienne) a été notée dans 21 cas et la

nature cancéreuse de cette adénopathie a pu être confirmée dans 17 cas.

2° « **Ulcus rodens** ». — Au nombre de 34, ils ne représentent que 34 o/o de l'ensemble des épithéliomas de l'oreille, avec 21 hommes (61 o/o) et 13 femmes. Cette localisation est donc, pour les *ulcus rodens* également, un siège plus fréquent chez l'homme que chez la femme, mais dans une proportion inférieure à ce que nous avons vu pour les cancroïdes.

	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80
H.	1	1	1	12	6
F.	0	1	1	10	1

Les sujets atteints sont, en général, encore plus âgés que lorsqu'il s'agit d'épidermoïdes, puisque 29 malades (85 o/o) avaient dépassé 60 ans. Mais une différence très marquée apparaît quant au siège des lésions : alors que nous avons vu les épidermoïdes occuper dans 65 o/o des cas le pavillon, les *ulcus rodens* siègent surtout dans les régions pré- et rétro-auriculaires (23 cas contre 11 sur le pavillon).

Par opposition avec ceux des paupières et du nez, notons également une marche plus rapide de ces tumeurs : dans 20 cas (58 o/o) la lésion remontait à moins de 5 ans, et cependant on comptait 13 stade I, 17 stade II, et 4 stade III.

Histologiquement d'ailleurs, on remarque que les formations épithéliomateuses, qui pénètrent profondément dans le derme, se présentent comme des cordons plus volumineux que dans le cas des *ulcus rodens* des localisations précédentes ; leur contour est plus sinueux, et elles contiennent de fréquentes cavités centro-lobulaires, dans lesquelles on peut mettre en évidence un produit dégénéré d'aspect graisseux. Bref, l'aspect fréquemment sébacé des épithéliomas de cette région, déjà noté pour les épidermoïdes, se retrouve dans les *ulcus rodens*. Malgré leur tendance plus infiltrante et leur aspect plus « intermédiaire », aucun cas d'envahissement des ganglions n'a été noté.

a) *Ulcus rodens lobulés*. — 25 cas, dont 15 hommes et 10 femmes appartenaient à cette variété. Ils représentent donc 73 o/o de l'ensemble des *ulcus rodens*, et parmi eux le type pilaire est relativement rare (surtout chez la femme) et le type sudoripare n'a pas été

rencontré. 75 o/o de ces cancers ont paru appartenir au type sébacé.

b) *Ulcus rodens adénoïdes.* — Trois fois seulement cette variété se distinguait par des caractères tranchés. Ajoutons, toutefois, que plusieurs *ulcus rodens*, classés dans la variété lobulée, présentaient, du fait de leur type sébacé marqué, certains caractères glanduliformes qui auraient pu les faire ranger parmi les adénoïdes.

c) *Ulcus rodens parakératoïdes.* — Les 6 cas, répartis entre 4 hommes et 2 femmes, appartenaient tous au type pilo-sébacé, avec des caractères sébacés souvent nets.

3° **Épithéliomas non épidermoïdes spéciaux.** — Deux cas, l'un chez une femme de 30 ans portant, sur un lobule atteint de lupus, un adénocarcinome à marche rapide ; l'autre chez une femme de 42 ans, dont la localisation à point de départ dans le conduit auditif s'est accompagnée d'une adénopathie sous-maxillaire.

En résumé. — L'épithélioma des régions auriculo-mastoïdiennes est principalement un cancer d'hommes. Les épithéliomas du type sébacé prédominent, soit sur le pavillon (et alors plus souvent épidermoïdes), soit sur les régions pré- et rétro-auriculaires (et alors plus souvent *ulcus rodens*).

Les épidermoïdes du pavillon, qui représentent le plus grand nombre des cas, s'observent surtout chez des hommes ordinairement très âgés ; ceux du conduit auditif, au contraire, frappent surtout des femmes, à un âge relativement jeune.

La prédominance chez l'homme, bien qu'un peu moins marquée en ce qui concerne les *ulcus rodens*, reste cependant importante.

V. — *Epithéliomas de la région fronto-sourcilière.*

L'étude de cette localisation, plus encore que celle des précédentes, va mettre en relief combien, suivant leur siège, les épithéliomas cutanés frappent inégalement les sexes. Sur 79 cas, en effet, on compte 14 hommes seulement et 65 femmes. Donc, contrairement à ce que nous avons vu pour l'oreille, la différence est ici en faveur du sexe féminin, qui est atteint dans la proportion de 82 o/o.

	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
H . . .	1	0	6	4	3	0
F . . .	1	5	11	18	22	8

Le tableau précédent indique, qu'au point de vue de l'âge, l'épithélioma du front se voit surtout chez des sujets très âgés ; dans 69 o/o des cas les malades avaient plus de 60 ans ; en ce qui concerne les femmes, la période de la plus grande fréquence correspond à la huitième décade de la vie.

Au point de vue histologique, après soustraction d'un cas pour lequel aucune biopsie n'a été prélevée, les 78 restants se répartissent en :

43 épithéliomas épidermoïdes,	dont 3 hommes et	40 femmes
25 *ulcus rodens* lobulés	dont 7 hommes et	18 femmes
3 *ulcus rodens* adénoïdes	dont 1 homme et	2 femmes
6 *ulcus rodens* parakératoïdes	dont 3 hommes et	3 femmes
1 non épidermoïde spécial chez		1 femme

Ainsi donc, quelle que soit la variété histologique à laquelle appartiennent les épithéliomas, ils se rencontrent en plus forte proportion chez les femmes.

1° **Épithéliomas épidermoïdes.** — Ce qui vient d'être dit se manifeste ici particulièrement évident, puisque les femmes s'y rencontrent dans 93 o/o des cas. Ils représentent 55 o/o de l'ensemble des épithéliomas du front.

Dans le tableau suivant, figurent les 3 hommes (dont 2 dans la septième décade, et 1 dans la huitième.

41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
1	5	14	16	7

De tous les cancers de la peau, les épidermoïdes du front sont ceux qui surviennent chez les sujets les plus âgés : plus de la moitié de ces malades avait dépassé 70 ans. Par beaucoup de termes de comparaison, cet épithélioma du front se présente comme l'équivalent, chez la femme, de l'épidermoïde des oreilles chez l'homme. Il s'agit d'ailleurs souvent de cancers sur kératose sénile.

Histologiquement, beaucoup sont, plus ou moins nettement (certains d'une façon tout à fait caractéristique) de type sébacé. 32 malades étaient porteurs de papillomes épidermiques dégénérés offrant, le plus souvent, des caractères de folliculo-épithéliomes. Les cancers des 20 autres montraient des particularités histologiques permettant de les considérer comme des épithéliomas sébacés certains, ou dyskératosiques d'origine sébacée probable.

Cliniquement ils se présentent comme des tumeurs dures, à bords surélevés, dont le centre finit par s'ulcérer; leur base adhère assez précocement aux plans profonds. Ces cancers prennent naissance le plus ordinairement au niveau des bosses frontales et au-dessus des régions sourcilières, mais rarement sur la ligne médio-frontale. Bien qu'ils évoluent chez des sujets très âgés, leur marche est assez rapide et leur malignité grande. Le début de la plupart d'entre eux datait de moins de 2 ans, et cependant 17 seulement étaient restés au stade I, 16 avaient atteint le stade II, et 9 le stade III ; dans 1 dernier cas la lésion primitive avait guéri par ablation chirurgicale, mais il était survenu une volumineuse adénopathie. C'est qu'en effet, l'envahissement ganglionnaire est assez fréquent et précoce (13 cas au moins en ont présenté) de siège pré-auriculaire ou sous-auriculaire.

2° « **Ulcus rodens** ». — Un peu moins nombreux que les épidermoïdes, puisqu'ils ne représentent que 44 o/o de l'ensemble des épithéliomas du front, ils atteignent, eux aussi, les femmes plus souvent que les hommes, mais dans une moindre proportion (23 sur 34 cas, soit 67 o/o).

	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
	—	—	—	—	—	—
H. . . .	1	0	6	[illegible]	2	0
F. . . .	1	3	6	6	6	1

Une quantité sensiblement égale de malades n'avaient pas atteint ou avaient dépassé la soixantaine. Mais il semble qu'on doive admettre que les *ulcus rodens* débutent à un âge relativement précoce, si l'on tient compte de la très longue durée d'évolution de ces néoplasmes. Dans plus de la moitié des cas, la lésion remontait à plus de 5 ans, assez souvent de 15 à 25 ans, et jusqu'à 32 ans. Et cependant, les lésions étaient souvent peu avancées : 22 fois au stade I, 7 fois ou stade II, 4 fois au stade III.

Le siège, par comparaison avec les épidermoïdes qui naissent fréquemment au niveau des bosses frontales, montre une certaine différence d'élection : les *ulcus rodens* occupent le plus souvent les zones médio-frontale et temporo-frontales. Malgré la lenteur d'évolution, il n'y a jamais eu d'envahissement des lymphatiques.

a) *Ulcus rodens lobulés.* — Ici encore, cette variété prédomine dans de fortes proportions (73 o/o). Histologiquement, la plupart

ont maints caractères sébacés assez nets : formations cordonales épaisses, cellules claires montrant une tendance à la vacuolisation du cytoplasma. La formation de lacunes ou de cavités dans l'intérieur des cordons rapproche ces tumeurs de celles de la variété adénoïde, et leur classement peut devenir difficile. Environ 65 o/o des cas pouvaient être considérés comme appartenant à ce type ; les autres se rapprochaient plutôt du type pilaire, les sudoripares ne s'observant que rarement (2 cas).

b) *Ulcus rodens adénoïdes.* — Trois seulement étaient caractéristiques.

c) *Ulcus rodens parakératoïdes.* — En revanche, ceux-ci sont relativement assez fréquents (18 o/o). Malgré leurs caractères histologiques « intermédiaires », rien dans leur évolution, ni dans leur aspect clinique n'autorisait à les distinguer des autres *ulcus rodens*. Deux d'entre eux étaient manifestement du type sudoripare.

3° **Épithéliomas non épidermoïdes spéciaux.** — Un cas : il s'agissait d'une femme de 67 ans, atteinte d'une ulcération à marche rapide, datant de quelques mois, et déjà accompagnée d'une volumineuse adénopathie pré-auriculaire. Histologiquement, il s'agissait d'un adénocarcinome, probablement sudoripare.

En résumé. — Les épithéliomas du front qui — comme ceux des oreilles sont fréquemment de structure sébacée — frappent surtout les femmes, à l'inverse de ceux des oreilles.

Les épidermoïdes siègent le plus souvent sur le tégument qui recouvre les bosses frontales ; ils ont une marche rapide et envahissent fréquemment et précocement les ganglions.

Les *ulcus rodens*, qui prennent surtout naissance sur les zones médio- et temporo-frontales, ont au contraire une marche extrêmement lente.

VI. — *Épithéliomas des régions temporo-zygomatiques.*

Considérés dans leur ensemble, les épithéliomas de cette localisation se présentent avec une fréquence un peu plus grande chez les femmes : sur 143 cas, on en compte en effet 84 (58 o/o).

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
	—	—	—	—	—	—	—
H. . .	0	1	5	12	20	19	2
F. . .	1	[illegible]	8	15	23	25	10

Atteignant les deux sexes sensiblement au même âge, l'épithélioma de cette région se rencontre surtout chez des vieillards : 99 patients (69 o/o) avaient dépassé la soixantaine, souvent de beaucoup.

Il n'a pas été pratiqué de prélèvement biopsique dans 6 cas ; dans 5 autres le fragment était insuffisant pour permettre de préciser la variété, ou l'examen histologique avait été pratiqué ailleurs.

Ces 11 cas étant laissés de côté dans l'étude ultérieure, il reste 132 malades qui, au point de vue de l'histologie de leur néoplasme, se classent comme suit :

69 épithéliomas épidermoïdes dont 31 hommes et 38 femmes.
46 *ulcus rodens*.lobulés dont 16 hommes et 30 femmes.
5 *ulcus rodens* adénoïdes, tous chez des femmes.
11 *ulcus rodens* parakératoïdes dont 8 hommes et 3 femmes.
1 non épidermoïde spécial chez 1 homme.

1° **Épithéliomas épidermoïdes.** — La région temporo-zygomatique, interposée entre le front et l'oreille, semble constituer, effectivement, une zone de transition entre ces deux territoires cutanés. Alors que nous avons vu les épithéliomas épidermoïdes du front se présenter, dans la très grande majorité des cas, chez des femmes et, au contraire, ceux des oreilles atteindre surtout des hommes, on trouve, dans cette zone intermédiaire, une proportion sensiblement égale de ces cancers dans les deux sexes. En effet, les épidermoïdes, qui constituent la race dominante, bien que faiblement (52 o/o des cas), ont été rencontrés 31 fois chez des hommes et 38 fois chez des femmes.

	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
	—	—	—	—	—	—
H. . .	0	2	5	9	14	1
F. . .	1	0	6	10	19	[illegible]

En revanche, ces épithéliomas frappent les hommes à un âge un peu moins avancé que les femmes, ainsi que cela a déjà été remarqué pour d'autres régions cutanées.

Comme pour les épidermoïdes des oreilles et du front, beaucoup de ces cancers prennent naissance sur des lésions de kératose

sénile, et la localisation zygomatique est une des plus souvent atteintes en cas d'épithéliomas cutanés multiples. Toutefois, les différentes parties de la région, à limites d'ailleurs imprécises, désignée comme temporo-zygomatique sont inégalement intéressées. Les points de grande prédilection pour la production d'épidermoïdes sont : la peau qui recouvre l'arcade zygomatique (dans ses deux tiers antérieurs surtout) et celle de l'extrémité externe du rebord orbitaire supérieur, au niveau de la queue du sourcil ; 50 cas (72 o/o) avaient une telle implantation. Cette topographie est très différente, comme nous le verrons plus loin, de celle des *ulcus rodens*.

Toujours comme ceux des oreilles et du front, ces épidermoïdes ont une marche assez rapide. Pour 74 o/o d'entre eux, le début ne remontait pas à plus de 2 ans ; et cependant on comptait 29 cas au stade I, pour 26 au stade II et 12 au stade III ; deux fois il s'agissait de récidive ganglionnaire après une cure chirurgicale de la lésion cutanée. Ils évoluent, le plus souvent, sous forme de tumeurs exophytiques, exubérantes, mais dont la base d'implantation reste quelque temps limitée, constituant une sorte de socle. Mais ils infiltrent rapidement la peau, qui s'ulcère largement. Ils apparaissent alors formés d'un parenchyme mollasse, très « médullaire », très vascularisé, si bien que le tégument circumvoisin présente souvent un riche réseau de vaisseaux dilatés. Puis leur base se fixe aux plans profonds et s'élargit. Et cependant, l'envahissement des ganglions ne s'observe pas très fréquemment et d'une façon tardive. En plus des deux cas où il s'agissait d'une récidive ganglionnaire, on ne l'a constaté avec certitude que 10 fois sur les 67 autres malades.

Du point de vue histologique, les épithéliomas épidermoïdes qui prennent naissance à partir de l'épithélium de revêtement des régions temporo-zygomatiques, dérivent d'un épiderme dont la forme des cellules et leur évolution les rapprochent plutôt du type des muqueuses ; mais la plupart paraissent provenir des orifices des nombreuses glandes sébacées qui s'ouvrent à sa surface ; ces folliculo-épithéliomes représentent la forme principale des épidermoïdes de la région, puisqu'ils s'observent dans 46 o/o des cas, un peu plus souvent chez la femme.

On trouve en outre, dans 27 o/o des cas, des épithéliomas qui

sont franchement du type des muqueuses, formés de grosses cellules plus ou moins chargées de vésicules graisseuses, et rappellent la structure des glandes sébacées. Dans les deux tiers de ces cas, il s'agit de femmes.

Enfin, un dernier groupe, auquel appartiennent 25 o/o des cas environ, correspond à des épithéliomas dyskératosiques ; dans les deux tiers des cas, cette variété se rencontre chez des hommes.

2° « **Ulcus rodens** ». — Ces néoplasmes représentent 47 o/o des épithéliomas de la région envisagée. Ils ont été rencontrés plus souvent chez des femmes : 38 fois sur 62 cas (61 o/o) ; c'est donc à cette plus grande fréquence des *ulcus rodens* qu'est dû le fait que les épithéliomas des régions temporo-zygomatiques prédominent numériquement dans le sexe féminin.

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
H.	0	1	3	6	9	4	1
F.	1	1	7	8	8	11	2

Si l'*ulcus rodens* a été observé dans 56 o/o des cas au delà de la soixantaine, il faut tenir compte, ici encore, de l'extrême lenteur d'évolution de ces cancers, plus lente même qu'au niveau du front. En effet, pour 54 o/o des malades le début remontait à 5 ans au moins, et pour 30 o/o entre 10 et 28 ans. Le degré d'extension des lésions correspondait 40 fois au stade I, 13 fois au stade II et 9 fois au stade III.

Leur lieu d'apparition habituel est très différent de celui que nous avons remarqué pour les épidermoïdes : c'est le plus souvent la peau qui recouvre la fosse temporale ; la localisation zygomatique est, au contraire, rare.

Mais cliniquement le terme d'*ulcus rodens* est assez souvent impropre pour qualifier ces néoplasmes. Ils se présentent, en effet, plutôt comme des tumeurs à base d'implantation large, parfois ulcérées en surface. Cet aspect correspond d'ailleurs à des images histologiques qui indiquent la prépondérance du type sébacé dans cette région, aussi bien pour les *ulcus rodens* que pour les épidermoïdes.

a) *Ulcus rodens lobulés*. — Ils prédominent d'une façon marquée dans l'ensemble du groupe (74 o/o). Microscopiquement, on les trouve ordinairement constitués par des cordons gros, longs et

ramifiés, qui donnent l'impression d'avoir tendance à infiltrer profondément un stroma néoformé ; cet aspect correspond à la forme clinique exophytique. Les cellules de ces cordons sont volumineuses, claires, très vacuolisées ; les plus gros lobes montrent souvent une lacune centrale, à limite déchiquetée et indistincte, qui contient un produit coagulé ; en outre, on trouve de véritables cavités kystiques, remplies d'une substance mucoïde.

A côté de ce type sébacé qui se rencontre dans 70 o/o des cas, et qui représente la très grande majorité des *ulcus rodens* lobulés chez la femme, on trouve des types pilaires (26 o/o), plus nombreux chez l'homme, et seulement de rares sudoripares.

b) *Ulcus rodens adénoïdes.* — On pouvait hésiter à ranger dans cette variété certaines tumeurs classées comme lobulées, mais qui présentaient d'assez nombreuses formations kystiques : nous n'avons retenu comme adénoïdes que 5 cas seulement, tous les 5 chez des femmes.

c) *Ulcus rodens parakératoïdes.* — Les 11 cas considérés comme appartenant à cette variété offraient tous les caractères des *ulcus rodens* : siège temporal, lenteur d'évolution, absence d'envahissement des voies lymphatiques. Ils apparaissent, à l'examen histologique, avec une architecture foliolée, due au pelotonnement en girandoles de petits cordons, entre lesquels se constituent souvent de petites cavités kystiques ; le caractère intermédiaire tient à la différenciation de cellules, groupées en petits nids, qui, au centre de gros lobes, prennent l'aspect spineux, et à la formation de perles ou de concrétions formées d'un produit plus ou moins stéatoïde.

3° **Epithélioma non épidermoïde spécial.** — Le cas observé était celui d'un adénocarcinome sudoripare, évoluant rapidement chez un homme de 52 ans et ayant envahi les ganglions.

En résumé. — Les épithéliomas des régions temporo-zygomatiques comprennent une majorité d'épidermoïdes, survenant avec une égale fréquence chez les femmes et chez les hommes âgés, atteints de kératose sénile ; ils prennent naissance surtout au niveau de l'arcade zygomatique et de l'extrémité postérieure de l'arcade sourcilière.

Les *ulcus rodens* — le plus habituellement de la variété lobulée et du type sébacé — forment un lot important de néoplasmes qui surviennent de préférence chez la femme, siègent surtout sur la région temporale proprement dite et ont une évolution particulièrement lente.

VII. — *Epithéliomas des régions génio-massétérines.*

De même que la région temporo-zygomatique établit une transition entre l'oreille et le front, la joue se montre, en ce qui concerne les épithéliomas qui y prennent naissance, intermédiaire entre les régions zygomatique et massétérine d'une part, le nez et la paupière d'autre part. Tandis que certains épithéliomas de la partie postérieure de la joue rappellent les épidermoïdes et les *ulcus rodens* sébacés, souvent rencontrés autour de l'oreille, ceux de la partie antéro-supérieure sont assez semblables aux *ulcus rodens* pilaires et sudoripares, si fréquents au niveau du nez, de la paupière inférieure et de la lèvre supérieure. Mais, dans l'ensemble, on peut dire que la joue se rapproche plutôt du nez par les variétés d'épithéliomas qu'elle fournit.

Sur 185 cas observés, la proportion de 100 femmes pour 85 hommes donne, en faveur de celles-là, un pourcentage de 54 o/o, correspondant à leur supériorité démographique. Il y a donc équivalence entre les deux sexes dans l'aptitude à présenter cet épithélioma. Au point de vue de l'âge, celui-ci est un cancer des gens âgés, frappant surtout des individus au delà de la soixantaine (66 o/o), particulièrement lorsqu'il s'agit de femmes (73 o/o).

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
H.	3	3	12	17	23	21	6
F.	1	2	7	17	35	35	3

13 cas ne figurent pas dans le classement histologique qui va être rapporté, soit qu'aucune biopsie n'ait été pratiquée, soit que le prélèvement ait été insuffisant (biopsie trop petite, examen communiqué par un autre laboratoire). Parmi les 172 cas restants, on compte :

67 épithéliomas épidermoïdes dont 25 hommes et 42 femmes.
83 *ulcus rodens* lobulés dont 45 hommes et 38 femmes.
8 *ulcus rodens* adénoïdes dont 4 hommes et 4 femmes.
12 *ulcus rodens* parakératoïdes dont 7 hommes et 5 femmes.
2 non épidermoïdes spéciaux dont 1 homme et 7 femmes

1° **Epithéliomas épidermoïdes.** — Une forte proportion d'épidermoïdes se retrouve, ici, comme sur tous les territoires cutanés qui délimitent le pourtour de la face. On en compte en effet 67 (39 o/o) avec une prédominance assez nette chez la femme (62 o/o). Cette plus grande fréquence s'explique en partie par la proportion relativement élevée d'épidermoïdes sur lupus que compte notre statistique, le lupus s'observant plus souvent chez la femme que chez l'homme. Effectivement, 14 de ces cancers étaient secondaires à des lupus, dont 9 cas chez des femmes. Il est à remarquer que les épidermoïdes de cette région surviennent à un âge particulièrement avancé, puisque 80 o/o des malades avaient dépassé la soixantaine.

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
	—	—	—	—	—	—	—
H. . . .	1	1	■	3	7	7	4
F. . . .	0	0	2	4	13	20	3

Cette variété d'épithéliomas des régions génio-massétérines s'observe en tous points de ce vaste territoire, avec cependant une certaine prédilection pour les régions malaires et massétérines. Ces néoplasmes évoluent rapidement : pour la plupart leur début remontait à moins de deux ans. Cependant, alors que 27 étaient au stade I, 22 avaient atteint le stade II, 17 le stade III ; la lésion consistait, dans un dernier cas, en une tumeur ganglionnaire parotidienne, l'épithélioma primitif ayant été guéri par chirurgie. Toutefois l'envahissement lymphatique paraît relativement tardif et rare ; il n'a été reconnu avec certitude que dans 6 cas.

Il a été établi précédemment que les régions temporo-zygomatiques fournissent surtout des épidermoïdes du type des muqueuses et des folliculo-épithéliomes du type sébacé, alors qu'au niveau du nez ceux du type cutané dominent. L'une et l'autre de ces formes histologiques se rencontrent, en proportion notable, sur les joues, le type cutané étant toutefois le plus fréquent. Il s'agit de papillomes dégénérés ou de folliculo-épithéliomes très kératogènes. En effet, 23 cas (34 o/o) des cancroïdes de cette région étaient du type épidermique cutané; si l'on y ajoute 13 folliculo-épithéliomes, on arrive à la proportion de 53 o/o.

Les épidermoïdes du type des muqueuses représentent 31 o/o de l'ensemble des épidermoïdes, tandis que les dyskératosiques figurent pour 16 o/o.

On voit que ces différentes proportions fournissent un élément de plus qui montre que les types des cancers nés au niveau des joues sont intermédiaires entre ceux rencontrés sur le nez d'une part et sur les régions temporo-zygomatiques de l'autre.

2° « **Ulcus rodens** ». — On ne saurait être surpris de constater que, dans cette région, plus voisine de l'axe de la face, les *ulcus rodens* prennent le pas sur les épidermoïdes, au point de vue numérique. En effet, on en compte 103, c'est-à-dire 60 o/o. En revanche, on s'attendait moins à trouver une prédominance des hommes (54 o/o), circonstance restée exceptionnelle jusqu'ici.

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
	—	—	—	—	—	—	—
H. . . .	2	2	10	12	16	12.	2
F. . . .	1	2	[illegible]	12	18	12	0

Les deux sexes sont donc atteints au même âge, notablement plus tôt que lorsqu'il s'agit d'épidermoïdes. Car si 58 o/o des patients avaient dépassé 60 ans, il faut tenir compte de ce que nous avons affaire à une néoplasie à marche lente. Dans 41 o/o des cas le début de l'affection remontait à 5 ans au moins ; néanmoins, et cela traduit bien la bénignité relative de l'affection : 78 étaient restés au stade I, 21 au stade II et seulement 4 avaient atteint le stade III.

Les *ulcus rodens*, comme les épidermoïdes, ont un siège quelconque sur la grande étendue de la surface des régions génio-massétérines. Mais, alors que les cancroïdes se rencontrent ordinairement sur les régions postéro-externes de ce territoire (malaires et massétérines), les *ulcus rodens* occupent beaucoup plus souvent les alentours des sillons oculo-nasal, naso-génien et génio-labial.

a) *Ulcus rodens lobulés.* — Ils représentent 80 o/o des *ulcus rodens*. Parmi eux, le type sébacé, analogue à celui que nous avons vu prévaloir numériquement sur les régions temporo-zygomatiques, se trouve encore assez fréquemment chez les femmes, mais il a cessé de dominer. Au contraire, le type pilaire se rencontre avec une remarquable fréquence, surtout chez les hommes, et cette particularité explique peut être la prédominance inusitée des hommes comme porteurs d'*ulcus rodens* des joues. La proportion des trois types se rapproche sensiblement de celle signalée pour les *ulcus rodens* du nez : pilaires, 52 o/o ; sébacés, 34 o/o ; sudoripares, 14 o/o.

Au microscope, les formations épithéliales se présentent comme de gros lobes, pleins et bosselés, contenant souvent du pigment, et se développant dans un stroma à grosses fibres collagènes kératinisées et quelquefois même calcifiées.

En outre, toujours par opposition avec ce qui a été dit pour la région précédente, on trouve une proportion plus importante du type sudoripare, en particulier à proximité de la limite naso-labiale : c'est un élément de plus, à ajouter aux précédents, du caractère transitionnel de cette région.

b) *Ulcus rodens adénoïdes.* — Le type sudoripare est plus souvent observé que le type sébacé, dans cette variété d'ailleurs peu abondante.

c) *Ulcus rodens parakératoïdes.* — C'est plus particulièrement dans cette variété que le tissu conjonctif présente, à un degré marqué, de la fibrose et de la tendance à la calcification.

3° **Épithéliomas non épidermoïdes spéciaux.** — Deux cas : Un homme de 76 ans, dont la lésion, qui s'est révélée comme un adénocarcinome sudoripare, s'accompagnait d'une volumineuse anénopathie angulo-maxillaire. Une femme de 75 ans atteinte d'un épithélioma très infiltrant et disséminé.

En résumé. — Par les épithéliomas qu'on y rencontre, les joues se présentent comme une région de transition entre les territoires oculo-nasal et auriculo-temporal. En effet, les sexes sont touchés en proportion égale, et les cancroïdes y sont seulement un peu moins fréquents que les *ulcus rodens*. Ceux-ci offrent cette particularité de se rencontrer plus souvent chez l'homme, où ils revêtent volontiers le type pilaire. Chez les femmes on observe plutôt le type sébacé sur la partie postérieure de la région, le type sudoripare sur la partie antérieure. Pris dans leur ensemble, les *ulcus rodens* se répartissent sensiblement en 48 o/o épithéliomas pilaires, 33 o/o épithéliomas sébacés, et 19 o/o épithéliomas sudoripares.

VIII. — *Épithéliomas de la région mentonnière.*

Le menton est assez rarement le point de départ d'épithéliomas : 14 seulement ont été observés, dont 6 chez des hommes et 8 chez

des femmes. Autant qu'on puisse tirer une conclusion de nombres aussi petits, il semble que les hommes soient frappés à une période de la vie beaucoup plus limitée que ne le sont les femmes.

	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
H. . .	0	0	3	3	0	0
F. . .	2	1	1	[illegible]	1	1

Histologiquement, ces 14 cas comprenaient : 1 *épidermoïde :* il s'agissait d'un homme de 61 ans, atteint d'ichtyose généralisée, avec foyers multiples de dyskératose. Une première transformation maligne au niveau du menton (guérie par radiumthérapie) fut suivie, deux ans plus tard, de l'épithéliomatisation de divers autres foyers de dyskératose.

12 *ulcus rodens* (4 hommes et 8 femmes). Leur progression semble relativement assez rapide, car, pour des lésions qui dataient habituellement de 1 à 5 ans, on trouvait : 6 stades I, 5 stades II, 1 stade III.

9 de ces épithéliomas appartenaient à la variété lobulée (3 hommes et 6 femmes), dont 4 étaient du type sudoripare. Une femme était atteinte d'un adénoïde sudoripare. Enfin deux parakératoïdes sudoripares.

1 non épidermoïde spécial : Homme de 59 ans porteur d'un épithélioma sudoripare.

En résumé. — Le menton est un siège peu fréquent de développement d'épithéliomas. Il s'agit habituellement d'*ulcus rodens* parmi lesquels domine le type sudoripare.

IX. — **Epithéliomas du cuir chevelu.**

Bien que rares, les épithéliomas de cette dernière localisation offrent de l'intérêt à cause de certaines particularités tranchées qu'ils présentent. Tout d'abord la grande inégalité entre les sexes ; comme les épithéliomas de la région du front (que celle du cuir chevelu continue), plus encore que ceux-ci, ces cancers sont le lot des femmes : 12 sur 14 cas (85 o/o).

	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	80 et plus
H.	0	1	1	0	0
F.	2	1	4	4	1

La majorité des malades avaient donc dépassé la soixantaine. Mais, presque tous ces cancers, quelle que fut la forme histologique, avaient débuté depuis plusieurs années; et quelquefois même depuis plusieurs dizaines d'années (4 fois entre 10 et 30 ans). Longtemps tolérés parce que pouvant être dissimulés sous les cheveux, on n'a guère l'occasion de les observer avant qu'ils n'aient déjà atteints un développement assez considérable. Sur 14 cas, 3 seulement étaient au stade I, 7 au stade II, 4 au stade III.

Au point de vue histologique, on trouvait :

8 épithéliomas épidermoïdes	dont 1 homme et 7 femmes.
6 *ulcus rodens*	dont 1 homme et 5 femmes.

1° **Epithéliomas épidermoïdes**. — C'est la forme dominante (57 o/o) observée dans 87 o/o des cas chez des femmes, qui, 6 fois avaient dépassé la soixantaine. Dans la moitié des observations, le début de l'apparition de la tumeur remontait à plus de cinq années. Cette lenteur d'évolution, l'absence d'infestation ganglionnaire (dans aucun cas elle n'a été constatée malgré l'énorme développement atteint par certaines lésions et la longue durée) font, de ces épithéliomas, des cancers relativement peu malins. Ils évoluent sous forme de tumeurs siégeant principalement : soit au sommet du crâne sur les régions pariéto-occipitales, soit en arrière au voisinage de l'apophyse occipitale. Par un développement lent, mais progressif, elles atteignent parfois un volume énorme ; recouvertes par une peau amincie, infiltrée, pourvue d'un réseau vasculaire très dilaté, elles ne s'ulcèrent que tardivement. En revanche, elles s'étalent sur une base large, moulant la surface du crâne à laquelle elles se fixent.

Histologiquement on trouve surtout des types sébacés vrais et quelques folliculo-épithéliomes.

2° **« Ulcus rodens »**. — Les 6 cas observés comprennent : 2 lobulés dont 1 pilaire et 1 sébacé, 3 adénoïdes, 1 parakératoïde.

En résumé. — Les épithéliomas du cuir chevelu, cancers plus particulièrement féminins, évoluent lentement et présentent une malignité surtout locale, malgré la prédominance des épidermoïdes. Ces cancers sont le plus souvent de structure sébacée.

(*A suivre*).

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mars 1933.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

De la nécessité de calibrer l'orifice de la canule de Janet afin d'obtenir une janétisation rationnelle, par F. Shiryaev. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, no 3, mars 1933.

Les traités donnent une énumération détaillée des remèdes à utiliser, des doses, de la hauteur à laquelle doit être placé le récipient, mais omettent de donner des précisions sur la canule à utiliser. S. étudie la vitesse du courant et la pression dynamique pour les orifices de la canule le Janet de diamètre variable, et suivant la hauteur du réservoir. Il dit les qualités d'une bonne canule de Janet et au point de vue pratique quel diamètre de canule utiliser suivant les formes aiguës, subaiguës ou chroniques. H. Rabeau.

Sur un cas de syphilis d'origine exotique à manifestations cutanées exubérantes, pseudo-arséno-résistantes, par P. Chevallier et M. Colin. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n0 3, mars 1933, p. 171.

Un Français de 27 ans, ayant eu à Madagascar un rapport sexuel avec une Malgache, voit apparaître 15 jours après un chancre de fortes dimensions avec adénopathie satellite minime. Un mois après le chancre, éruption d'éléments psoriasiformes remarquables par leur taille, leur infiltration, leur confluence, où l'on décelait des tréponèmes aussi facilement qu'à la surface d'un syphilome primaire. L'éruption secondaire a commencé en plein traitement arsénobenzolique et s'est exagérée quelques jours après la fin de la série normale. L'assaut arsénobenzolique (méthode de Pollitzer) a permis d'obtenir une régression rapide des accidents. H. Rabeau.

Statistique des syphilis récentes et des chancres mous en 1932, par Gougerot et Burnier. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, no 3, mars 1933, p. 177.

En 1931, les auteurs avaient noté une régression des syphilis récentes, cette régression s'est accentuée en 1932, au lieu de 540 en 1931, seule-

ment 425 (287 hommes et 138 femmes) en 1932. La courbe des chancres mous est sensiblement parallèle à celle de la syphilis.

H. Rabeau.

La sérologie à la lumière des données nouvelles sur les propriétés physico-chimiques des sérums, par P. Lecomte du Nouy (Société française de sérologie appliquée et de syphilis expérimentale). *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 3, mars 1933, p. 181.

L'auteur pense qu'il faut étudier les phénomènes biologiques quantitativement, afin de savoir dans la mesure du possible, ce qui en eux ressortit aux lois de la physique et de la chimie. Il expose le résultat de ses belles recherches qui lui ont permis d'établir l'insuffisance absolue de la théorie colloïdale non spécifique et donne de nombreuses preuves de la théorie moléculaire spécifique. La théorie moléculaire du sérum, ouvre des horizons infinis, en donnant une place primordiale à la notion de spécificité chimique qui, entre les mains de Pick, de Landsteiner, d'Averes, de Heidelberger et de leur école, a fourni de si beaux résultats et de si belles promesses, et qui permet de comprendre la gamme infinie des phénomènes anaphylactiques.

H. Rabeau.

La place du bismuth dans la thérapeutique antisyphilitique à la lumière des réactions sérologiques, par A. Schwartz (Société française de sérologie appliquée et de syphilis expérimentale). *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 3, mars 1933, p. 197 (3 graphiques).

Pour le moins aussi efficace que les arsénobenzènes, le bismuth liposoluble est d'un maniement autrement facile que l'injection intraveineuse de 914. Nous possédons en lui un remède agissant de façon énergique et rapide dans toutes les manifestations de la syphilis humaine. Réservons, dit S., les arsénobenzènes pour les cas exceptionnels infiniment rares où le bismuth a échoué. Associer les traitements arsenical, mercuriel et bismuthique, c'est augmenter les risques d'une thérapeutique qui doit être non seulement active, mais aussi pratique et inoffensive. H. Rabeau.

Etude expérimentale de l'action thérapeutique et sérologique de l'association Bi-As-Hg, à l'état hydrosoluble, par G. Hobniss (Société française de sérologie appliquée et de syphilis expérimentale). *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 3, mars 1933, p. 207.

H. a expérimenté le corps « 6583 », qui contient par centimètre cube : bismuth 0 gr. 025, arsenic 0 gr. 0005 et mercure 0 gr. 0005. Le *p*H du milieu est de 7 à 7,5. Cette préparation hydrosoluble, stable, est douée d'une activité remarquable sur la syphilis expérimentale du lapin. A la dose de 0 cc. 5 par kilogramme, elle détermine la disparition des tréponèmes en 6 à 7 jours, en même temps que la cicatrisation du syphilome. Ce médicament semble surtout actif à dose relativement petite, administrée par voie intramusculaire. H. Rabeau.

Archives de l'Institut Prophylactique (Paris).

La syphilis chez les indigènes en A. O. F., par F. Sorel. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. V, n° 1, 1er trimestre 1933, p. 19.

S. montre comment l'œuvre prophylactique, au lieu de se calquer sur ce qui se fait chez nous, doit s'adapter réellement au milieu dans lequel elle a à s'exercer. En A. O. F., c'est de l'effort associé du technicien et de l'éducateur qu'on obtiendra des résultats certains dans un temps qui peut paraître long, mais qui est nécessaire pour arriver au succès. H. Rabeau.

Fonctionnement de l'Institut prophylactique de Douala, par E. Bedier, Le Scouézec et V. Bregi. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. V, n° 1, 1er trimestre 1933, p. 27.

Les chiffres suivants, dans une première année de fonctionnement, donnent idée de l'importance que prendra le centre. 5.251 malades, 36.628 consultations, 8.639 examens de sang, 2.818 examens de liquide céphalo-rachidien. Leurs recherches ont porté aussi sur le sérum et le liquide des malades atteints de pian, affection dont, à leur avis, la bénignité a été exagérée. H. Rabeau.

Les enseignements de deux années de lutte anti-syphilitique au port de Dakar, par Cazenave. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. V, n° 1, 1er trimestre 1933, p. 32.

L'action du mercure lui a paru le meilleur spécifique de la syphilis indigène, où les manifestations myalgiques et arthralgiques ont paru les plus communes. Les indigènes du port de Dakar, plus particulièrement les femmes dans leur désir d'avoir des enfants, suivent le traitement avec une régularité à laquelle on ne s'attendait pas. Le traitement *per os* est le plus facile à réaliser et l'association mercure-coca en pilules est particulièrement heureuse. Enfin, la lutte contre la syphilis doit s'associer à celle contre la blennorragie.

H. Rabeau.

Un traitement pratique, rapide et efficace de la syphilis, par Ch. Gazeau et H. Sicard. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. V, n° 1, 1er trimestre 1933, p. 43.

Les auteurs ont obtenu de bons résultats avec les pilules de bichlorure de mercure à doses progressives maintenant le malade en état de saturation pendant toute la durée du traitement. Un malade traité dès le début de sa syphilis doit être guéri en 18 mois. On trouvera dans le mémoire les indications concernant la progression des doses, les périodes de repos, les traitements iodurés associés. H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Sur l'étiologie de la maladie de Nicolas-Favre. Etat actuel de la question, par Sven HELLERSTRÖM. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, no 1, janvier 1933, pp. 3-13.

Revue méthodique des résultats obtenus par les différents expérimentateurs, confirmant l'autonomie nosographique et l'inoculabilité du virus de cette affection. A. BOCAGE.

La dermatite chronique atrophiante (Maladie de Pick-Herxheimer), par F. WORINGER. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, no 1, janvier 1933, pp. 14-38, 9 fig.

Excellente revue générale sur cette affection fréquente en Europe centrale et dont l'auteur a vu de nombreux cas à la clinique dermatologique de Strasbourg. De nombreux documents photographiques et un index bibliographique complètent ce travail. A. BOCAGE.

Syphilides érythémato-urticariennes (Association de syphilis et d'urticaire), par G. MILIAN. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, no 2, février 1933, pp. 67-72, 1 fig.

Chez un syphilitique insuffisamment traité, apparition d'urticaire puis d'une éruption érythémato-œdémateuse circinée surtout marquée au niveau du dos. Elle cède facilement. Au cours du traitement par le novar, réaction fébrile, douleur vésiculaire, congestion hépatique, puis ictère avec fièvre modérée qui guérit facilement sans interruption des injections (jusqu'à 1 gr. 05). A. BOCAGE.

Parakératose à forme de pityriasis rosé et de trisyndrome interthérapeutique. Sa nature, par G. MILIAN. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, no 2, février 1933, pp. 73-76, 2 fig.

Observation d'un cas d'origine biotropique apparu au cours d'un traitement antisyphilitique amenant l'auteur à ces deux conclusions : 1° la parakératose à forme de pityriasis rosé n'est qu'une forme de pityriasis rosé ; 2° le trisyndrome n'est qu'une variété particulièrement confluente du pityriasis rosé. A. BOCAGE.

La pratique des injections sclérosantes, par M. PEILLON et I. MIRCOUCHE. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, no 2, février 1933, pp. 78-90, 2 fig.

Résumé clair, détaillé et précis de la technique à suivre.

A. BOCAGE.

De l'ulcère variqueux et de l'ulcère phlébitique, par Otto MEYER. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, no 2, février 1933, pp. 91-93.

A la suite de Fournier (1892) et Abbasse (1900), l'auteur distingue de l'ulcère variqueux vrai l'ulcère phlébitique consécutif à l'inflammation des veines *profondes* de la jambe.

Ce dernier est entouré de veines rendues saillantes par le développement d'une circulation superficielle compensatrice qu'il ne faut pas confondre avec des varices banales, et dont la sclérose médicamenteuse est nuisible.

En dehors des circonstances étiologiques (phlébites grippales, pneumococciques, typhiques, suites de fractures, etc.), le diagnostic est basé sur l'existence des trois points douloureux à la pression de la veine tibiale postérieure, au tiers inférieur de la jambe, au milieu de la jambe sur la ligne médiane et à la partie postérieure du mollet.

A. Bocage.

Annales de l'Institut d'Actinologie (Paris).

Zona et ondes courtes, par J. Saïdmann. *Annales de l'Institut d'Actinologie*, t. VII, nos 4-5, octobre-novembre 1932, pp. 218-219.

Les ondes courtes sont à essayer dans le traitement des algies séquelles du zona. Si l'amélioration ne se produit pas rapidement, les associer à d'autres méthodes. A. Bocage.

Annales de Médecine (Paris).

La syphilis diencéphalique et les syndromes végétatifs qu'elle conditionne. Etude clinique, par J. Lhermitte. *Annales de Médecine*, t. XXXIII, no 3, mars 1933, pp. 272-291.

Important mémoire avec bibliographie résumant de nombreuses observations montrant la diversité sémiologique de cette localisation du tréponème.

Le *syndrome infundibulo-tubérien global* donne naissance aux symptômes suivants : adiposité, polydypsie, boulimie, polyurie, hypersomnie et attaques cataleptiques, troubles sexuels pouvant être associés avec des lésions de la voie optique ou de la VIe paire. A noter dans la syphilis basilaire la rareté et le peu d'intensité de l'hypertension intracrânienne mesurée au manomètre et des signes cliniques qui l'accompagnent, céphalée, stase papillaire, qui ne sont jamais comparables à ceux que l'on constate dans les tumeurs cérébrales. Il y a souvent hyperalbuminose rachidienne et réaction cytologique accusée ; le Bordet-Wassermann n'est pas toujours positif dans le liquide.

L'association de certains syndromes est caractéristique : paralysie oculaire de type syphilitique, hémianopsie, syndrome de Parinaud, signe d'Argyll-Robertson. A la radiographie, selle turcique normale ou du moins jamais d'élargissement. Il peut exister aussi de petits signes de la série tabétique au niveau des membres inférieurs.

Le *diabète insipide pur* est souvent syphilitique ; le début n'en est pas toujours progressif, mais parfois soudain. Le traitement antisyphilitique n'agit pas toujours très utilement.

Le *syndrome de Kurt-Mendel*, qui associe au diabète insipide une paralysie de la VI° paire, est d'origine syphilitique et souvent curable par le traitement.

Le diabète insipide peut s'associer à la glycosurie et à la rétention chlorurée, symptômes en relation avec des lésions du noyau para-ventriculaire d'origine syphilitique. La même origine a été relevée dans un cas de diabète avec syndrome adiposo-génital.

Dans le même cadre, il faut encore placer la narcolepsie, caractérisée par des envies impérieuses de dormir, survenant plusieurs fois par vingt-quatre heures, parfois accompagnée de cataplexie (perte du tonus statique). L'hypersomnie peut exister seule ; le plus souvent, elle s'associe à l'obésité, et à l'impuissance sexuelle chez l'homme, à l'aménorrhée chez la femme, bien qu'il n'y ait pas relation obligée entre l'obésité, les troubles sexuels fonctionnels et l'état des glandes génitales.

Dans tous ces syndromes, ainsi que dans celui de Babinski-Frohlich, la syphilis héréditaire peut être en jeu.

Le traitement antisyphilitique agit de façon inconstante, imprévisible et en même temps inégale sur les différents symptômes, même quand l'origine purement syphilitique est indiscutable. La médication spécifique agit parfois sur la polyurie exactement de la même façon que peut le faire n'importe quelle modification générale apportée dans l'organisme par une substance médicamenteuse quelconque. La ponction lombaire avec soustraction d'une dizaine de centimètres cubes de liquide peut donner des résultats extrêmement favorables dans la polyurie et même dans la glycosurie et la narcolepsie.

A. Bocage.

Archives hospitalières (Paris).

Intolérance aux arsénobenzènes et petit éthylisme mondain, par H. Montlaur. *Archives hospitalières*, n° 2, mars 1933, pp. 86-87.

Cette intolérance qui se manifeste d'ordinaire dès les premières injections impose la suspension du traitement arsenical qui pourra cependant être repris ultérieurement après régime et médication cholagogue.

A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Une nouvelle rançon de la mode. Dermite artificielle due à des gants noirs, par Cl. Simon. *Bulletin Médical*, 47e année, n° 10, 11 mars 1933, p. 168.

Curieuse observation de dermite débutant par du prurit, auquel fait suite une éruption de grosses vésicules en grain de sagou, siégeant à la face latérale des doigts, à type de dishidrose. Il s'agissait d'une dermite artificielle consécutive au port de gants noirs. L'expertise qui

fut faite par A. Sézary et Deval détermine que la couleur de ces gants avait été obtenue à l'aide d'une teinture au bois de campêche mordancée au fer, c'est-à-dire, en somme, une laque ferrique d'hématoxyline.

H. Rabeau.

Curiethérapie du cancer de la verge, par P. Degrais. *Bulletin Médical*, 47e année, n° 10, 11 mars 1933, p. 177.

B. insiste sur l'importance du diagnostic précoce de ce cancer souvent traité lorsqu'il y a déjà eu envahissement ganglionnaire très important. Néanmoins, la curiethérapie lui a donné, sans aucune mutilation, 25 o/o de guérisons. H. Rabeau.

Sur quelques formes de syphilis camouflée. La syphilis fonctionnelle, par J. Turriès. *Bulletin Médical*, 47e année, n° 11, 18 mars 1933, p. 191.

Ces formes de syphilis « fonctionnelle » sont relativement fréquentes ; T. les classe en syphilis douloureuse, avec les algies vagues, les cœlialgies, en syphilis névropathique, en syphilis asthéniante, enfin, cas mixtes avec association ou alternance des formes précédentes. Ce sont des formes chroniques, d'allure essentiellement insidieuse ; la recherche des antécédents, des signes sérologiques, la réactivation sont des éléments importants du diagnostic. Ces faits de syphilis fonctionnelle établissent la liaison entre les syphilis viscérales bien connues, et la syphilis latente, sur laquelle Milian a souvent attiré l'attention.

H. Rabeau.

Lucites et météoropathologie, par H. Jausion. *Bulletin Médical*, 47e année, n° 12, 25 mars 1933, p. 213.

J. qui, avec Pagès, vient de publier chez Masson un livre sur les maladies de la lumière et leur traitement, en donne ici une esquisse, qui n'a, dit-il, d'autre mérite que de le situer dans la chronique actinodermatologique. Il montre comment la photo-irritabilité cellulaire est le fond physiologique sur lequel viennent trancher, comme des faits d'exception, les photopathies, qu'il a essayé de classer et de relier entre elles par l'hypothèse. Ces lucites humaines apparaissent comme un cas particulier de météoropathologie. Dans le milieu cosmique, l'homme n'est en définitive qu'un détecteur d'ondes. Les maladies de lumière sont justement provoquées par celles des ondes électromagnétiques qui composent le spectre lumineux. J. décrit les lucites par phototraumatisme, par luminosensibilisation, les actinodermatoses par photobiotropisme, les actinoanaphylactoses. Ce qui rend malaisée toute classification de ces maladies de lumière, c'est qu'elles sont multiples, de morphologie imprévue, qu'elles s'intriquent, se composent pour aboutir à de véritables syndromes de lumière. Les belles recherches de J. et de ses collaborateurs ont eu le mérite d'en faire saisir l'importance, d'en donner une pathogénie et d'y apporter une thérapeutique.

H. Rabeau.

Les deux modalités principales de l'eczéma solaire : eczéma solaire vrai et eczéma photomicrobien, par F. Pagès. *Bulletin Médical,* 47e année, n° 12, 23 mars 1933, p. 217.

Dans la genèse de l'eczéma, l'action des rayons lumineux n'est pas toujours identique à elle-même. Il en résulte des modalités cliniques dont les deux principales sont l'eczéma solaire et l'eczéma photomicrobien. Dans l'eczéma solaire vrai, l'antigène peut être introduit dans l'organisme, au moment même où les rayons frappent la peau, mais c'est parfois la lumière elle-même qui détermine la formation de complexes endogènes intolérés ; enfin, le même corps peut jouer un double rôle : antigénique et photocatalytique. Dans l'eczéma photomicrobien, les conditions d'apparition sont toutes différentes, la lumière peut déchaîner des sensibilisations aux protéines microbiennes, faire le lit du virus et amplifier la vague allergique qu'il engendre ; en dehors même de toute injure solaire, une dermite microbienne ne pourra se limiter aux formes d'un champ préalablement tracé par un phototraumatisme. L'eczéma photomicrobien occupe une place intermédiaire entre les actinoanaphylactoses pures (eczéma solaire vrai) et les dermatoses de lumière dues au seul photobiotropisme. H. Rabeau.

Deux cas d'hydroa vésiculeux provoqués par le soleil, par H. Jausion et Y. Guillaud-Vallée. *Bulletin Médical,* 47e année, n° 12, 25 mars 1933, p. 219.

L'érythème exsudatif multiforme de F. Von Hebra a deux expressions cliniques : l'érythème polymorphe érythémato-papuleux, et l'érythème polymorphe bulleux, encore appelé hydroa vésiculeux de Bazin ou herpès iris de Bateman. Les auteurs relatent deux cas d'hydroa vésiculeux et d'érythème polymorphe typique de la face et des mains d'origine solaire, favorablement influencés par l'auto-ourothérapie.

H. Rabeau.

Le traitement des photopathies, par H. Jausion. *Bulletin Médical,* 47e année, n° 12, 25 mars 1933, p. 221.

En présence d'une actinodermatose, on doit s'efforcer de désensibiliser le malade à la lumière, et pour cela émousser la photosensibilité du patient quand elle a surtout pour agent un quelconque photocatalyseur (antiphotocatalyse) et supprimer la réactivité d'un organisme aux antigènes, quand elle est déclenchée par la lumière (désensibilisation photoantigénique). Cette double action s'exerce par : 1° suppression de la cause pathogène ; 2° blocage de l'effet physiopathologique des radiations ; 3° neutralisation des effets seconds. J. envisage pour quelques cas particuliers la technique de cure, et une série de moyens à mettre en œuvre. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris

Cancer de la langue et de l'amygdale, par R. Renaux. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris,* 137e année, no 5, 10 mars 1933, p. 180.

R. présente, 13 et 18 mois après curiethérapie, 2 malades atteints de cancer, l'un de la langue, l'autre de l'amygdale droite, traités à une date d'évolution différente. Celui de la langue semble cliniquement guéri, celui de l'amygdale a ses ganglions bloqués. La technique consiste à détruire à 4 centimètres de distance de la peau, une dose de 220 millicuries de radium supportée par un appareil souple, avec filtration de 5/10e de millimètre de platine seulement. Ensuite, immédiatement après, il a été détruit au contact même de l'ulcération, comme dose d'appoint, 8 millicuries sans aucun aiguillage. Sans préjuger de l'évolution ultérieure de ces ganglions cliniquement bloqués, R. rappelle qu'il a traité 2 autres malades atteints de néo-amygdalite avec d'aussi fortes masses ganglionnaires, qui se sont maintenues bloquées pendant 7 et 4 ans après curiethérapie, la mort étant survenue par affection aiguë intercurrente. H. Rabeau.

Observation d'un médecin guéri d'un anthrax soumis à l'hémocrinothéropie (présentation du malade), par M. Filderman. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris,* 137e année, no 6, séance du 25 mars 1933, p. 220.

Ce médecin souffrait depuis la guerre de colibacillose et de staphylococcies diverses. Il eut l'an passé un anthrax qui fut traité chirurgicalement, en même temps que par le sulfate de cuivre intraveineux. L'hémocrinothérapie pancréatique a fait avorter l'anthrax. Le malade est présenté le 5e jour presque guéri. H. Rabeau.

L'uréthroscopie est indispensable pour bien traiter une uréthrite chronique, par G. Luys. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris,* 137e année, no 6, séance du 25 mars 1933, p. 230.

L. estime que l'uréthroscopie est d'une nécessité absolue pour établir un diagnostic exact des lésions de l'uréthrite chronique et le traitement précis de celle-ci. L'urétroscope doit être considéré comme un instrument habituel et usuel d'exploration uréthrale. La guérison ne pourra être assurée que lorsque le contrôle aura été effectué.

H. Rabeau.

Traitement des herpès récidivants par les corps colorants (éosinate de césium, bleu de trypan), par Lévy-Franckel. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris,* 137e année, no 6, séance du 25 mars 1933, p. 254.

L'auteur a essayé plusieurs colorants, l'éosinate de césium, médicament antichoc avec des résultats inconstants. Par contre, le bleu de

trypan en solution à 1 o/o, dans l'eau distillée, en injections intraveineuses à la dose de 1 à 2 centimètres cubes chaque 2 jours, lui a donné 7 fois sur 8 des succès. Ce médicament lui paraît plus maniable que l'éosinate de césium, et d'une efficacité plus durable et plus constante. Il pense qu'il devrait être essayé dans les affections bulleuses.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Nouvelles observations d'épidémies de varicelle survenues après des cas de zona, par P. Armand-Delille, Fohanno et Gavois. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 49e année, no 6, 27 février 1933, p. 232.

Les auteurs apportent de nouvelles observations d'épidémies de varicelle survenues à la suite de zona. F., dans un petit préventorium isolé, a observé à la suite d'un zona 22 cas de varicelle. De même à l'hôpital Herold, petite épidémie heureusement limitée. H. Rabeau.

Syphilis contractée au cours d'un traitement arsenical par la bouche, par A. Tzanck, R. A. Gutmann et M. Lord. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 49e année, no 6, 27 février 1933, p. 237.

Cette observation montre « la valeur préventive » du traitement buccal prophylactique de la syphilis. Malade traité depuis 3 mois pour des accidents intestinaux par le stovarsol *per os*, un comprimé de 0,25 les 3 premiers jours de chaque semaine, qui voit apparaître dans les délais normaux (45 jours) une syphilis cutanée floride caractéristique. Ce traitement n'a pas empêché la contamination ni modifié la date d'apparition des accidents primitifs et secondaires. H. Rabeau.

Essai de traitement de la paralysie générale par le vaccin antirabique, par C. Cruveilher, A. Sézary et A. Barbé. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 49e année, 3e série, no 8, 13 mars 1933, p. 299.

6 cas de paralysie générale, traités par le vaccin antirabique ; contrairement aux résultats publiés par Tommasi au centenaire de Fournier, dans aucun cas les auteurs n'ont constaté d'action sur les signes cliniques ou biologiques. Le désaccord s'explique en grande partie par le traitement consécutif qui doit être mis en œuvre de suite. Tommasi recommande de suite après le traitement par le vaccin de Pasteur un traitement arsenical antisyphilitique, de préférence avec du stovarsol sodique ou du néoasalvarsan. H. Rabeau.

Diabète insipide et neurosyphilis diffuse, par A. Sézary, H. Horowitz et H. Gallot. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 49e année, 3e série, no 8, 13 mars 1933, p. 303.

Nouvelle observation de diabète insipide dont la nature spécifique est

démontrée d'abord par sa coïncidence avec le syndrome de neurosyphilis diffuse, ensuite par le parallélisme entre le taux de la polyurie et les modifications imprimées par le traitement aux troubles nerveux. Schulmann a publié avec A. Bergé une observation comparable.

H. RABEAU.

Un cas de syphilis nerveuse de seconde génération, par C. I. URECHIA et N. ELEXES. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 49e année, 3e série, n° 9, 20 mars 1933, p. 328.

Intéressante observation d'un cas de syphilis héréditaire de seconde génération : le grand-père, la mère, la fille. Le grand-père a eu une affection syphilitique du cerveau dont il est mort ; la mère a une réaction de Bordet-Wassermann positive, la fille présente aussi une syphilis nerveuse neurotrope (hérédité atavique), qui s'est traduite par de la faiblesse intellectuelle et à l'âge de 18 ans, par des symptômes de foyer : hémiplégie avec aphasie dont elle a guéri à peu près complètement. Cette jeune fille a présenté toutes les réactions du sang et du liquide positives et a beaucoup bénéficié d'un traitement antisyphilitique.

H. RABEAU.

Comptes-Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Le phénomène des « neuro-infections mortelles autostérilisables » chez les singes inoculés avec le virus de la maladie de Nicolas Favre, par C. LEVADITI, P. RAVAUT, R. SCHŒN et J. LEVADITI. *Comptes-rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, n° 4, 3 février 1933, pp. 539-363, 2 fig.

Au 42e passage le singe, inoculé 15 jours auparavant, est agonisant et pourtant l'inoculation de son cerveau fut négative. Parallèlement, le même virus conservé *in vivo* chez la souris (lymphogranulomatose encéphalique inapparente) 87 à 108 jours, se montra virulent pour le singe.

A. BOCAGE.

Action de la glycérine sur le virus syphilitique considéré aux diverses phases de son cycle évolutif, par C. LEVADITI et A. VAISMAN. *Comptes-rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, n° 4, 3 février 1933, pp. 363-366, 1 fig., 2 tableaux.

La forme tréponémique, tout comme la variété invisible du virus syphilitique, sont détruites en quelques jours par la glycérine, alors que les ultra-virus ordinaires y résistent particulièrement bien.

A. BOCAGE.

Etude sérologique comparative des réactions de Kahn, de Bordet-Wassermann et de Vernes chez 500 sujets, par Ch. GERNEZ et LUC. *Comptes-Rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, n° 10, 17 mars 1933, pp. 989-991.

Les résultats apportés, conformes à ceux de la Conférence internatio-

nale de Copenhague, montrent la grande sensibilité de la réaction de Kahn et son étroite spécificité quand elle est nettement positive.

A. BOCAGE.

Journal de Médecine de Paris.

Le massage de la prostate dans la guérison de la blennorragie, par BARBELLION. *Journal de Médecine de Paris*, 53e année, n° 11, 16 mars 1933, p. 229.

B. insiste sur l'importance de l'examen microscopique de la sécrétion prostatique après massage. Lorsque le malade semble guéri de sa blennorragie, après 4 à 5 jours sans traitement, épreuve de la bière ; le malade est examiné ; recueil de l'urine, prélèvement et ensemencement des filaments s'il y en a, puis massage de la prostate, examen et ensemencement de la sécrétion prostatique. Le malade ne reçoit après le massage aucun lavage, ce qui permet d'ensemencer cette sécrétion dans l'urèthre. Cette preuve, pas plus que les autres, n'est absolue, mais néanmoins constitue un bon critérium de guérison.

H. RABEAU.

Paris Médical.

Actinomycose et syphilis associées guérissant par le 914, par H. GOUGEROT, P. BLUM, DECHAUME et DUCHÉ. *Paris Médical*, 23e année, n° 9, 4 mars 1933, pp. 194-196, 1 fig.

Actinomycose démontrée par la présence de mycélium dans le pus ; syphilis latente révélée par la sérologie. La lésion située au niveau du maxillaire supérieur, de la taille d'une mandarine, guérit avec une seule série de 6 grammes de novarsénobenzol, en moins de trois mois, aidée par le traitement local, extractions dentaires, ablation de séquestres.

A. BOCAGE.

Syphilis tertiaire de l'urètre, par J. LACASSAGNE et J. ROUSSET. *Paris Médical*, 23e année, n° 9, 4 mars 1933, pp. 197-205.

Revue générale sur cette localisation très rare, qui se présente sous la forme de syphilome cylindroïde ou de sclérogomme. Les auteurs apportent une observation personnelle de gomme de l'urèthre chez la femme.

A. BOCAGE.

La syphilis implacable, par A. GALLIOT. *Paris Médical*, 23e année, n° 9, 4 mars 1933, pp. 206-208.

Une observation de syphilitique très régulièrement traité par des séries alternées de novarsénobenzol et de bismuth, puis un peu de mercure et d'iodure conjugués avec le bismuth. Bordet-Wassermann toujours positif. Pas d'examen du liquide rachidien. A la cinquième année, mort par paralysie générale.

Discutant les raisons de cette évolution, l'auteur l'attribue à un terrain spécial rendant la médication inactive. A. Bocage.

Fièvre typhoïde, syphilis et périostite, par G. Milian. *Paris Médical*, 23e année, n° 9, 4 mars 1933, pp. 208-209.

Observation d'une malade qui, à la fin d'une série de bivatol, fait une typhoïde, que l'auteur estime être une réaction biotropique au traitement fait.

A la convalescence, ostéite cranienne qui guérit par le traitement antisyphilitique.

A propos de ce cas, l'auteur se demande si la majorité des ostéopériostites qualifiées typhiques, même avec présence de bacille d'Éberth dans le foyer, ne sont pas d'origine syphilitique. A. Bocage.

La Presse Médicale (Paris).

Sclérodermies, chéloïdes et calcémies, par L.-M. Pautrier. *La Presse Médicale*, 41e année, n° 18, 4 mars 1933, p. 345.

L'étude des atrophies cutanées que P. poursuit depuis son arrivée à Strasbourg l'a amené à entreprendre celle des états sclérodermiques qui leur sont souvent associés, et par la suite à étendre ses recherches à ces autres altérations du collagène que sont les chéloïdes. Ce sont les premiers résultats qu'il expose dans ce beau mémoire dont voici les conclusions qui comportent une sanction physiologique et thérapeutique. L'infiltration du collagène par des substances chimiques que nous ne savons pas encore déceler, les lésions vasculaires avec circulation réduite au minimum, enfin l'hypercalcémie habituelle, constituent pour lui les dominantes des états sclérodermiques. Il y ajoute la notion de reversibilité de ces lésions, soit par guérison spontanée, soit par transformation en ce type d'atrophie très particulière de la dermatite chronique atrophiante. L'hyperplasie conjonctive lâche et œdémateuse, vascularisée à l'extrême avec hypercalcémie sanguine et tissulaire caractérise la chéloïde. Les atrophies cutanées, les états sclérodermiques, les chéloïdes, constituent donc une série d'affections représentant différents troubles du métabolisme du tissu conjonctif. La dermatologie nous offre ainsi une série de sujets d'étude de cette pathologie spéciale du tissu conjonctif. Leriche, abordant les mêmes questions au point de vue chirurgical, a montré la liaison étroite entre la nutrition de la peau, l'équilibre calcique des tissus et les parathyroïdes. Créant par ses opérations sur le sympathique un nouveau régime circulatoire local, par suppression fonctionnelle, par ischémie d'une seule parathyroïde qui fait aussitôt baisser l'hypercalcémie, Leriche obtient un réchauffement périphérique, un renversement des conditions nutritives de la peau aboutissant à une amélioration considérable, sinon à une disparition des phénomènes sclérodermiques. L'action de la parathyroïde paraît donc s'exercer essentiellement sur le tissu conjonctif. Le problème

ainsi posé, on voit toute l'importance que prend l'étude des affections du tissu conjonctif cutané. H. Rabeau.

Variations de la température provoquées chez l'homme par l'injection de gono-vaccin, par A. Hustin. *Presse Médicale*, 41e année, no 25, 29 mars 1933, p. 497.

H. a étudié comparativement l'action du gono-vaccin injecté dans les veines ou introduit sous la muqueuse du col utérin. De plus il a enregistré les températures rectale, axillaire et périphérique (main). Dans leur ensemble, les variations de température sont comparables entre elles, que l'injection ait été faite dans la veine ou sous la muqueuse du col utérin. Après un temps de latence variable (30 à 45 minutes), les températures du rectum, de l'aisselle, de la main, qui s'étaient maintenues à un niveau constant, changent d'allure ; celles du rectum et de l'aisselle s'élèvent, celle de la main s'abaisse. La température rectale atteint 40° assez rapidement, se maintient à ce niveau pendant un certain temps, puis descend en pente douce à son point de départ en 10 heures. La température axillaire est à quelques dixièmes au-dessous d'elle. Au moment où la courbe rectale s'élève, celle de la main descend brusquement très bas, à 35°5, elle se maintient à ce niveau pendant 1/2 heure à 1 heure avec quelques oscillations, puis monte pour rejoindre la courbe rectale. Elle s'infléchit par la suite sensiblement en même temps qu'elle. Pendant toute la durée de l'hypothermie périphérique, les malades se sentent mal à l'aise, puis éprouvent une sensation de bien-être avec la montée terminale. H. insiste sur l'intérêt que présente l'étude des courbes continues de température et la confrontation des températures rectale et périphérique. H. Rabeau.

Revue Neurologique (Paris).

Algies symptomatiques de lésions du trijumeau d'origine syphilitique avec réactions biologiques négatives. dans le liquide céphalo-rachidien (présentation de malade), par Th. Alajouanine, R. Thurel et G. Bondin. *Revue Neurologique*, 40e année, t. I, no 3, mars 1933, pp. 349-353, 1 fig.

Chez une femme de 32 ans, algies faciales depuis trois ans, s'accompagnant par la suite de troubles sensitifs, d'exophtalmie, de paralysie de la VIe paire. Liquide céphalo-rachidien très peu modifié (hypertension, 0,56 d'albumine, 6 éléments par millimètre cube), mais Bordet-Wassermann positif dans le sang. Guérison à peu près complète par le traitement antisyphilitique. Les auteurs pensent qu'il s'agissait d'une infection cellulo-névritique directe par le tréponème sans méningite ni radiculite. A. Bocage.

Lyon Médical.

Mal de Pott sous-occipital d'origine syphilitique, par Rebattu, Mounier-Kuhn et Roussel. *Lyon Médical*, t. CLI, nº 13, 26 mars 1933, p. 404.

Il s'agit d'une malade de 27 ans chez laquelle le diagnostic de syphilis a pu être fait précocement alors qu'on se préparait à immobiliser la tête. Les lésions constatées radiographiquement étaient très discrètes. C'est la notion de la syphilis du mari qui a fait pratiquer les réactions sérologiques et tenter un traitement spécifique qui soulagea rapidement la malade. Jean Lacassagne.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Altérations cutanées dans la lymphadénose aleucémique (Hautveränderungen bei aleukämischen Lymphadenose), par G. Jordan et Schamschin. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, fasc. 1-2, mars 1933, p. 1.

A quelques réflexions générales, J. et S. joignent 4 observations d'érythrodermie et prurigo lymphatique aleucémique, prurigo lymphatique et prurit pur de même nature. Ch. Audry.

Sur la découverte du bacille tuberculeux dans le sang circulant (méthode de Lœwenstein) dans différentes formes de tuberculose cutanée, lupus érythémateux et granulome annulaire (Ueber den Tuberkulbazillen nachweiss aus dem strömenden Blute (Méthode Löwenstein) bei den verschiedensten Formen der Hauttuberkulose. Lupus erythematodes und Granuloma annulare), par J. Konrad. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, fasc. 1-2, mars 1933, p 30.

K. continue les recherches déjà publiées en 1932 par Kerl et Löwenstein. Ses propres investigations ont porté au total sur 134 cas de tuberculose de la peau : 25 lupus vulgaires avec 1 résultat positif ; 12 lupus contraires disséminés avec 2 positifs ; 4 tuberculoses verruqueuses avec 1 positif ; 13 variétés ulcéreuses avec 5 cas positifs ; 17 tuberculides papulo-nécrotiques avec 1 cas ; 15 cas d'érythème induré ou de sarcoïde avec 5 résultats positifs ; 1 tuberculose aviaire avec 1 cas positif ; 43 lupus érythémateux avec 13 cas positifs ; 4 cas de granulome annulaire avec 2 cas positifs. Au total : 30 cas positifs sur 134 malades (sans compter un érythème polymorphe à culture positive).

D'une manière générale, les résultats positifs s'accroissent si on multiplie les hémocultures : exemple : les lupus érythémateux qui n'ont fait l'objet que d'une seule culture ont donné 6 cas positifs pour 19 négatifs, et en cas de 2 cultures, 4 sur 12. L'influence saisonnière n'est pas très nette, d'après ses propres résultats.

Mais il y a lieu de noter que sur ces 134 cas, 92 furent cultivés simultanément dans le laboratoire de Maresch et celui de Löwenstein ; ces 92 cas donnèrent à Löwenstein 13 cas positifs, et à Maresch 4 cas seulement, fort douteux (pas de culture macroscopique, pas d'inoculation, etc.). K. laisse aux bactériologues le soin de décider le litige.

Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur quelques dermatoses provoquées par les piqûres de phlébotomes. Le phlébotome en Hongrie (Ueber einigen-artige infolge von Phlebotomusstichen Hervorgerufene Dermatosen. Das Vorkommen von Phlebotomus in Ungarn), par S. Szentkiralyi et F. v. Lörincz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 9, 4 mars 1933 (6 fig.).

Les auteurs rappellent le rôle des phlébotomes comme inoculateurs de la papataci-fever, du kala-azar, etc. Ils étudient les lésions locales déterminées par la piqûre de l'insecte qui étaient déjà signalées dans les Balkans et qu'ils ont eux-mêmes constatées. La piqûre du phlébotome peut déterminer non seulement des douleurs, mais encore des réactions inflammatoires locales : papules, taches blanches, prurit, etc., œdème, vésicules, lymphangites, indurations. Un des auteurs a pu suivre l'évolution des piqûres. Certaines formes ressemblent à des efflorescences vésiculeuses d'érythème polymorphe. Dostrowsky a décrit une urticaire multiforme externe de cette origine. D'autres insectes déterminent des réactions cutanées semblables et dont les variations d'intensité supposent un état personnel d'anaphylaxie. Les conditions climatériques ont aussi une influence. Le phlébotome existe assurément en Hongrie.

Ch. Audry.

Chloasma de la face chez les jeunes filles, les femmes non gravides et les hommes (Chloasma faciei bei jungen Mädchen, nichtschwangeren Frauen und Männern), par A. Jordan. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 10, 11 mars 1933.

J. rappelle les recherches antérieures de Sellei, de Nardelli, de Poor. Lui-même en a observé 20 cas chez des jeunes filles, 26 chez des jeunes femmes, 4 chez des hommes (il différencie le chloasma des éphélides, etc.). Il n'a retrouvé que 3 fois la variété cruciforme signalée par Sellei, mais beaucoup plus souvent la forme périorale ; et le chloasma est beaucoup plus fréquent chez les femmes (111 fois sur 233) que chez les hommes (18 fois sur 228). Le plus souvent, il se manifeste pendant la période d'activité sexuelle. C'est, de beaucoup, la lèvre supérieure qui lui a le plus souvent présenté les exemples. Sur l'étiologie, il ne peut rien dire de précis ; le rôle du système génital est bien probable, mais la distribution neuro-végétative (sphère du trijumeau : Sellei) est ici difficilement invocable (traumatisme, etc. ?). Ch. Audry.

Sur la question du pityriasis versicolor dépigmentant (Zur Frage der depigmentierenden Pityriasis versicolor), par A. Ruete. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 10, 11 mars 1933, p 333 (1 fig).

S'agit-il de vraie ou de fausse leucodermie en cas de *pityriasis versicolor* achromiant ? Après avoir rappelé les discussions antérieures, R. résume les examens histologiques de Siemens, de Polland, de Meineri, concluant les uns à l'action achromiante du champignon, les autres à

une achromie secondaire aux lésions qu'il peut provoquer dans l'épiderme.

R. a examiné 2 fragments : dans le premier cas, épithélium à peu près intact ; signes légers d'inflammation papillaire. Les champignons, plus ou moins nombreux, pénètrent dans la couche cornée. Sur une des pièces, le rapport de la dépigmentation avec le champignon est évident, car l'achromie y est associée ; dans une autre, on retrouve des blocs de pigment extra-cellulaire. La réaction à la dopa n'indique rien dans le premier, mais dans le second, elle montre que la basale est colorable dans les parties saines, et non (par la dopa) dans la zone malade. R. conclut que l'achromie est due à une toxine sécrétée par le parasite et mise en liberté par l'action du soleil sur ce dernier, tué par la lumière.

Ch. Audry.

Sur le pityriasis rosé palmaire et plantaire (Weiterer Beitrag zur Kenntniss der Pityriasis rosea palmaris et plantaris), par O. Kiess. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 11, 18 mars 1933, p. 368.

Une femme de 23 ans, atteinte de pityriasis rosé à début cervical, présente sur la paume des mains et le côté externe du pouce droit des efflorescences qui paraissent typiques. Mêmes efflorescence sur les plantes.

Ch. Audry.

Psoriasis et arthropathie psoriasique (Psoriasis und Arthropathia psoriatica), par H. Lotze. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 12, 25 mars 1933, p. 389 (7 fig.).

Homme de 60 ans : ce cas est caractérisé par le fait que les arthropathies n'étaient pas simultanées du psoriasis, par le fait que le psoriasis était fortement atypique (localisations, etc.). Enfin, les altérations ostéo-articulaires (radiographies) étaient très spéciales (ressemblant à des néoplasmes ou à de l'arthrite fibreuse) et cliniquement.

Ch. Audry.

Eléphantiasis génito-anorectal (Elephantiasis genito-anorectalis), par O. Jersild. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 13, 31 mars 1933, p. 433.

Après avoir rappelé les travaux de Huguier et de Koch sur l'esthiomène, puis ceux de Fournier (1875), devancé dans sa description par Larsen (1849), sur le « syphilome anorectal », et enfin ses premières constatations sur cette affection, J. expose les raisons qui lui ont fait abandonner l'étiologie syphilitique, conception partagée par d'autres. La participation des organes génitaux externes, pour n'être pas de règle, dans le soi-disant « syphilome anorectal », se rencontre fréquemment : 60-70 o/o, d'après J., qui en a d'ailleurs donné les raisons anatomiques. Depuis la réaction de Frei, il semble que la lymphogranulomatose soit surtout à incriminer. Voici le décompte des malades observés par J. : en tout 12 cas, dont 5 de syphilome anorectal, 6 d'éléphantiasis génito-anorectal et 1 d'esthiomène.

Toutes les malades avaient une sérologie négative ; mais 8 d'entre elles étaient syphilitiques. De ces 8 malades, 4 ont contracté la syphilis après l'atteinte rectale, dont la syphilis est à écarter sûrement ; chez 2 autres, le début de la syphilis est incertain ; chez les 2 dernières, le début de la lésion rectale est indéterminé. Donc, dans 66 o/o des cas, la syphilis est à éliminer. Le gonocoque ne paraît jouer aucun rôle ; quand à la chancrelle, 8 réactions d'Ito-Reenstierna négatives, 1 douteuse et 2 positives.

Au contraire, chez 11 des malades, la réaction de Frei est fortement positive. Chez la 12e, réaction de Frei négative, mais douteuse, à l'antigène de singe de Ravaut, mais le pus d'un abcès pararectal a les propriétés d'un excellent antigène.

Confrontant ses constatations à celles de Frei, J. arrive à la conclusion que tout s'accorde à faire de l'éléphantiasis ano-recto-génital, dans la grande majorité des cas, une manifestation de la lymphogranulomatose inguinale. L. Chatellier.

Notions fondamentales sur la malaria thérapeutique du point de vue clinique (Grundsätliches zur therapeutischen Malaria vom klinischen Standpunkt), par H. Vohwinkel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 13, 31 mars 1933, p. 439.

Dans cet article, V. réplique aux critiques de Martini, parues dans le *Dermatologische Wochenschrift*, n° 43, 1932.

La malaria thérapeutique n'est pas aussi dangereuse que le pense M. La malariathérapie de la blennorragie n'a jamais été l'occasion d'une contamination syphilitique ; la fièvre tierce d'inoculation est particulièrement sensible à la quinine, ce qui permet d'en assurer à volonté la guérison ; les contaminations par piqûres d'anophèles sont possibles théoriquement, mais en pratique, à l'Institut de Hambourg et à Tubingen, on n'a jamais constaté d'inoculation par moustiques. Ainsi sont singulièrement réduits les dangers signalés par M. et maintenues les indications de la malariathérapie. L. Chatellier.

Conclusions à la réplique du Dr H. Vohwinkel (Schlusswort zur Vorstehenden Entgegnung von Dr K. H. Vohwinkel), par E. Martini. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 13, 31 mars 1933, p. 439.

M., sans contester les faits propres à Tubingen, rappelle que les contaminations par moustiques ont été constatées à Londres et à Berlin, en proportions notables, sinon alarmantes. Si, en règle générale, l'allure clinique de la fièvre tierce, même récente, ne prête guère à confusion, il n'en demeure pas moins qu'il existe des formes atypiques, bien connues de tous les cliniciens, dont le diagnostic reste longtemps incertain ou impossible (formes larvées), mais qui sont néanmoins dangereuses. La quinine n'a pas toujours l'efficacité que lui accorde V. Il n'y a pas de différence entre la malaria inoculée et la tierce naturelle : les dangers et les manifestations sont les mêmes. Quant à la

possibilité de la transmission par moustique, elle est affirmée par les constatations effectuées en différentes parties de l'Allemagne ; les conditions climatiques dans ces régions ne s'y opposent pas. S'il convient de conserver la malariathérapie, il importe, en conséquence, de multiplier et de renforcer les précautions contre la transmission.

L. CHATELLIER.

Revista Argentina de Dermatosifilologia (Buenos-Aires).

Essai d'une classification étiologique des purpuras, par Arnault TZANCK et André DREYFUS. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 241.

Ni la symptomatologie, ni l'étiologie, ne conduisent à une classification satisfaisante et pratique des purpuras.

A. T. et A. D. préfèrent ranger les purpuras en trois groupes de signification différente, malgré les apparences cliniques qui peuvent être identiques.

Ils distinguent :

1° Le *purpura-lésion*, imposé à l'organisme par une infection ou une intoxication à tropisme hémorragipare, identique chez tous les sujets. On le trouve dans la variole hémorragique, dans l'intoxication par le benzol.

2° Le *purpura-réaction*, qui constitue une manifestation propre à certains sujets en réponse à des agents provocateurs variés, infra-toxiques ou même non toxiques.

C'est une intolérance de même signification qu'une crise d'urticaire, de goutte ou d'eczéma. Le purpura anaphylactique vrai, le purpura sérique appartiennent à cette catégorie.

3° Le *purpura-dystrophie*, témoin d'un état anormal et permanent, souvent héréditaire, du tissu endothélial plasmatique.

Un exemple de cette variété est fourni par le purpura familial splénomégalique.

En présence d'un purpura-lésion, le médecin essaiera de neutraliser les effets des facteurs nocifs ; dans un purpura-réaction, les méthodes de désensibilisation trouvent leur indication spéciale ; dans le troisième, on doit chercher la cause de la déficience particulière du tissu. Le rôle de la rate étant démontré chez de nombreux malades, la splénectomie donne souvent d'excellents résultats. J. MARGAROT.

Sur une méthode thérapeutique nouvelle des Bordet-Wassermann irréductibles, par EMERY. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 249.

L'auteur admet que tous les cas de syphilis anallergique sont justiciables d'un traitement de choc en vue de produire la poussée allergique. De toutes les méthodes de choc, l'électropyrexie lui paraît la plus facile à doser et à contrôler.

Un Bordet-Wassermann irréductible traduit l'existence certaine d'une syphilis anallergique. Après l'échec de tous les traitements spécifiques habituels, il y a lieu de tenter une série de douze à quinze séances de fièvre. A ces séances, E. associe un traitement arsenical ou bismuthique. Celui-ci, absolument inefficace lorsqu'il était utilisé seul, donne alors souvent d'excellents résultats. J. Margarot.

Remarques sur l'anatomie des nævi pigmentaires saillants, par Ch. du Bois. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 253, 6 fig.

Dans un nævus pigmentaire saillant siégeant au milieu du dos chez une jeune fille de 18 ans, l'auteur trouve une infiltration de cellules épithélioïdes, parsemées d'innombrables cellules géantes. Les cellules épithélioïdes polygonales à gros noyaux clairs ressemblent aux cellules næviques de certains nævi cellulaires, mais l'absence d'organisation endocrinienne gêne l'analogie.

Leur morphologie et leur réaction tinctoriale en font des cellules mésenchymateuses. L'hyperactivité du tissu réticulo-endothélial est à la base de leur formation et leur propriété de donner naissance à des plasmocytes prouve leur nature histiocytaire.

Le nombre des cellules géantes et le développement extraordinaire de quelques-uns de leurs éléments avec des anneaux de quarante noyaux et davantage font de cette lésion clinique courante un nævus de cellules géantes, type dont l'auteur n'a pas trouvé d'exemple dans la littérature. J. Margarot.

Sur le rôle thérapeutique de l'immunité dans la syphilis secondaire, par Raoul Bernard. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 267.

R. B. expose les idées qu'il a développées à plusieurs reprises sur l'importance du rôle de l'organisme dans la lutte contre le tréponème.

La revision de ses dossiers cliniques et la lecture des tableaux qu'il a dressés lui montrent que, lorsque les malades ont été traités en période primaire, l'aire de négativation du graphique est réduite dans un grand nombre de cas.

Elle est beaucoup plus vaste, quoique plus tardive, lorsque les malades ont été traités depuis les accidents secondaires seulement.

A mesure que passent les années, leur situation s'améliore de façon beaucoup plus nette.

A partir de la 5e année, les réactions sérologiques sont toutes négatives et le liquide céphalo-rachidien ne présente que rarement des altérations, aucun accident nerveux grave n'a été constaté. Par contre, les malades du premier groupe (traités dès l'apparition du chancre) donnent un contingent plus important de Bordet-Wassermann positifs, de modifications du liquide céphalo-rachidien, et comprennent plusieurs cas de syphilis nerveuse.

R. B. conclut que les résultats sont meilleurs chez les sujets dont il n'a pas contrarié le travail de l'immunité.

Il indique le danger de la schématisation trop absolue des traitements. Le syphiligraphe doit être un médecin adaptant à chaque cas particulier la thérapeutique la plus opportune. C'est de la souplesse des cures que dépend, dans bien des cas, l'avenir des malades.

J. MARGAROT.

Le traitement des ulcères atoniques des jambes, par L. DEKEYSER. *Revista Argentina de Dermatosifilologia,* t. XVI, novembre 1932, p. 259.

L. D. passe en revue les différentes méthodes thérapeutiques utilisées dans le traitement des ulcères de jambes, et expose les heureux résultats qu'il a obtenus avec la méthode de Burgrafft, à laquelle il donne la préférence.

J. MARGAROT.

Un stigmate professionnel encore non décrit des conducteurs de locomotive et des chauffeurs (Un estigma profesional aun no descripto de los conductores de locomotoras y de los fogoneros), par M. OPPENHEIM. *Revista Argentina de Dermatosifilologia,* t. XVI, novembre 1932, p. 299.

O. décrit des cicatrices pigmentées en forme de stries parallèles de 5 centimètres de longueur et 5 de largeur sur la face antérieure des deux jambes. Elles auraient pour origine des frottements répétés produits par les échelons de la locomotive et du tender.

Ces cicatrices ont été trouvées chez presque la plupart des conducteurs de locomotives ou des chauffeurs de chemins de fer autrichiens. Il s'agit d'un véritable stigmate professionnel.

J. MARGAROT.

L'allergie dans les états éléphantiasiques et ulcéreux des organes génitaux et dans les sténoses inflammatoires du rectum (La alergia en los estados elefantiasicos y ulcerosos de los genitales y en las estenosis inflamatorias del recto), par EDUARDO DE GREGORIO. *Revista Argentina de Dermatosifilologia,* t. XVI, novembre 1932, p. 304, 8 fig.

Chez tous les malades, E. de G. a obtenu des réactions intenses avec l'antigène de Frei et avec le Dmelcos, ainsi qu'avec l'antigène préparé suivant la technique de Nicolau et Banciu par raclage d'ulcérations génitales chroniques.

Des malades témoins, atteints de blennorragie, de balano-posthite, de syphilis latente, présentent avec l'antigène provenant de l'un des malades précédents des réactions faibles, mais nettement positives. E. de G. croit qu'il s'agit de réactions allergiques non spécifiques.

Il conclut qu'incontestablement les épreuves réalisées par Nicolau et Banciu, comme ses propres résultats, sont en faveur d'une origine lymphogranulomateuse de nombreux syndromes ano-génitaux, mais ne sont pas suffisants pour rejeter entièrement l'intervention active d'autres maladies comme la tuberculose, la syphilis ou l'infection chancrelleuse.

J. MARGAROT.

Un cas d'angiomatose cutanée simulant l'affection désignée sous le nom de sarcome de Kaposi (Un caso de Angiomatosis cutanea, simulando el Llamado Sarcoma de Kaposi), par B. Barker Beeson. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 326, 3 fig.

Un malade de 60 ans présente un granulome pyogène sur la plante du pied droit. Sur le pied gauche, spécialement sous la malléole interne, existent de nombreuses petites tumeurs semblables à celles de l'affection que Kaposi considérait comme un sarcome.

Une biopsie montre des lésions d'angiomatose cutanée. La pigmentation et l'infiltration de cellules fusiformes qui s'observent dans la sarcomatose de Kaposi manquent complètement.

J. Margarot.

Le thallium toxique. Psychose polynévritique très grave consécutive à l'ingestion de 1 gr. 168 d'acétate de thallium administré pour guérir une alopécie séborrhéique (El talio toxixo). Psicosis polineuritica muy grave despues de la ingestion de un gramo ciento sesenta y ocho miligramos de acetato de talio, para pretender curar une alopecia seborreica), par Jesus Gonzalez Uruena. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 330, 3 fig.

Un homme de 25 ans, pesant 73 kilogrammes, absorbe, pour traiter une calvitie séborrhéique, 0 gr. 584 de thallium, soit 8 milligrammes par kilogramme de poids. Neuf jours après, la chute des cheveux ne se produisant pas, le médecin répète la dose.

Une semaine se passe. Le sujet commence à éprouver de la fatigue, il se sent maladroit. Ces troubles, d'abord localisés aux pieds, atteignent les jambes et finalement les membres supérieurs. La fièvre s'allume. Les cheveux tombent, mais les cils et les sourcils restent intacts.

Au cours des semaines suivantes, les symptômes s'aggravent. Des paralysies périphériques s'intallent. Les muscles s'atrophient. La paraplégie est complète. Les réflexes tendineux sont abolis, les sphincters paralysés. L'urine est albumineuse.

La peau est sèche, desquame. Elle est le siège d'un prurit très intense donnant lieu à un grattage suivi d'érosions sanguinolentes.

Des troubles psychiques ayant les caractères de la psychose polynévritique de Korsakoff apparaissent et se prolongent pendant plusieurs mois.

J. Margarot.

Essai de culture du « Mycobacterium Lepræ » (Cocothrix Lepræ Lutz 1886) par la méthode de Sumiyoshi-Shiga (Ensayo de cultivo del « mycobacterium lepræ » (Cocothrix lepræ 1886) por el metodo de Sumiyoshi-Shiga), par H. C. de Souza-Araujo. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 335.

L'auteur a fait des essais de culture du *mycobacterium leprae* suivant la méthode de Sumiyoshi-Shiga. 10 séries d'expériences lui permettent de conclure que cette culture lui paraît impossible ou du moins très difficile, parce que la majorité des bacilles provenant de la peau sont

morts. Par contre, la fréquence avec laquelle Ota a isolé et cultivé un bacille acido-résistant dans le sang des lépreux prouve, d'après S. A., que la méthode de Lœwenstein doit être préférée à celle de Shiga.

J. Margarot.

Psoriasis et affections intercurrentes (Psoriasis y afecciones intercurrentes), par José Brito Foresti. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 344.

L'auteur rappelle qu'en 1922 il a publié 3 cas de psoriasis ayant complètement disparu au cours de la grossesse.

Diverses observations mettent en évidence des particularités évolutives singulières de la même dermatose.

Une jeune femme, atteinte de psoriasis, présente une fièvre typhoïde au cours de laquelle le psoriasis se maintient avec ses caractères primitifs ; mais pendant la convalescence, il disparaît complètement pour trois mois.

Chez une autre malade, les efflorescences s'effacent à la suite d'une opération d'appendicite, pour reparaître quatre mois après.

Dans plusieurs cas, le psoriasis disparaît complètement en été pour revenir en hiver. Dans d'autres, la disparition se fait en automne et la récidive au printemps. Dans d'autres, enfin, le maximum de l'éruption est en été.

Chez un psoriasique atteint en même temps d'asthme, la première crise d'asthme coïncide avec une grande amélioration du psoriasis. Par contre, chez un autre, la première éruption s'accompagne d'une crise d'asthme.

J. Margarot.

Syphilis à début ganglionnaire (Sifilis a comienzo ganglionar), par José May. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 350.

J. M. apporte l'observation d'un jeune homme qui présente, la seconde semaine après un contact, une adénopathie inguinale du type primaire sans que l'on puisse trouver trace d'un accident initial visible.

70 jours après, il offre des manifestations secondaires. La réaction de Bordet-Wassermann est positive.

J. Margarot.

Prurit et hyperesthésie par section nerveuse. Action vasculaire et sympathique dans le prurit par extirpation nerveuse sensitive partielle (Prurito e hiperestesia por seccion nerviosa. Accion vascular y simpatica en el prurito por desnervacion sensitiva parcial), par Enrique Aubrun. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 363.

Des expériences antérieures de A. établissant que la suppression partielle des nerfs sensitifs de la région cervico-faciale chez le chat par la section du second ou des trois premiers nerfs cervicaux est la cause du prurit, de l'hyperesthésie et en dernière analyse des lésions cutanées provoquées par le grattage. Ces troubles de la sensibilité, avec leurs conséquences, n'apparaissent que sur les territoires communs aux

nerfs sectionnés et aux nerfs restés en connexion avec l'axe cérébro-spinal. Ils sont nettement d'origine périphérique.

De nouvelles recherches semblent établir que le prurit et l'hyperesthésie ne sont pas la conséquence de modifications vasculaires, ni d'une augmentation de la perméabilité capillaire.

L'extirpation du sympathique cervical dans sa totalité n'entraîne aucun prurit. Elle ne modifie pas beaucoup l'hyperesthésie et le prurit provoqué par une extirpation partielle des nerfs sensitifs. Il est possible que la vaso-dilatation consécutive à la section du sympathique ait une simple action favorisante sur ces troubles subjectifs.

J. Margarot.

Un cas de chromoblastomycose autochtone de l'Argentine (Dermatite verruqueuse) (Un caso de cromoblastomicosis, autoctone de Argentina) (Dermatitis verrugosa), par Pedro L. Balina et P. Boscq, P. Negroni, M. Quiroga. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 369, 6 fig.

Il s'agit d'un cas d'une extrême rareté. Une jambe d'aspect éléphantiasique, rugueuse, pityriasique, présente à son extrémité inférieure des néoformations végétantes, du volume d'une noix, sessiles mais aplaties de manière à paraître pédiculées, faites d'excroissances papillomateuses, verruqueuses, cornées, séparées par des sillons. Des lésions semblables couvrent la plus grande partie du pied correspondant.

Une biopsie permet de mettre en évidence des lésions végétantes avec des micro-abcès intraépidermiques et dermiques dans lesquels se voient des polynucléaires, des cellules géantes, des éléments arrondis, suintants, de nature parasitaire et répondant à des chromoblastomycètes. Les cultures sur milieu de Sabouraud ont permis d'identifier l'*Acrothera pedrosoi* (agent des chromoblastomycoses sud-américaines).

La déviation du complément a pu être obtenue avec le sérum du malade en utilisant un antigène chromoblastomycétique mixte préparé avec des cultures d'*Acrothera pedrosoi* et de *Phyaltophora verrucosa* (agent des chromoblastomycoses nord-américaines).

J. Margarot.

Un cas de rhinosclérome autochtone (Un caso de rinoescleroma autoctono del pais), par Pedro L. Balina et Maximo Aberastury. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 380, 2 fig.

Le rhinosclérome est à peu près inconnu dans la République Argentine. P. B. et M. A. en publient un cas typique. Une biopsie montre un tissu de granulation composé de plasmocytes, de quelques polynucléaires et de quelques cellules ayant les caractères de cellules de Mikulicz.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn sont négatives. Le bacille de Frisch n'est pas décelé par l'examen direct, mais mis en évidence par culture sur agar (colonie blanche, translucide, lisse, bril-

lante). Le bacille se présente sous la forme de bâtonnets à extrémités arrondies et à Gram négatif. J. MARGAROT.

Un cas d'érythromélie de Pick monosegmentaire (Un caso de Eritromelia de Pick, monosegmentaria), par GUILLERMO BASOMBRIO. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 386, 2 fig.

Les lésions occupent l'extrémité supérieure droite. Le volume du bras est augmenté, les téguments pendent flasques aux points déclives. Leur coloration varie du rose triste au rouge violacé. L'épiderme atrophié ressemble à du papier à cigarettes plissé. Très transparent, il laisse voir de nombreux vaisseaux superficiels.

La palpation dénote une consistance spéciale, un empâtement donnant la sensation de peau de chamois mouillée, ainsi qu'une élévation de la température locale.

On trouve à l'examen histologique une atrophie de l'épiderme, une infiltration dermique en nappe et auteur des vaisseaux, une dilatation vasculaire avec endo et péri-vascularite.

G. B. porte le diagnostic de dermite chronique atrophiante monosegmentaire. J. MARGAROT.

Sur le problème étiologique du lupus érythémateux (Sobre el problema etiologico del lupus eritematoso), par José LUIS CARRERA. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 391.

J. L. C., notant la fréquence d'un terrain syphilitique dans de nombreux cas de lupus érythémateux, a recherché systématiquement dans 20 cas les lésions pulmonaires et aortiques ainsi que les réactions sérologiques.

Les réactions sérologiques sont positives dans 30 o/o des cas avec ou sans lésions aortiques. On trouve des lésions aortiques dans 20 o/o des cas dans lesquels le Bordet-Wassermann est négatif, ce qui porte la proportion des syphilitiques à 50 o/o.

Dans 30 o/o des cas existent des lésions pulmonaires ou hilaires du type fibreux, imputables à la tuberculose, mais explicables jusqu'à un certain point par la syphilis.

Les malades, soumis à des séries alternées de néosalvarsan, de sels d'or et de bismuth, ont tous guéri sans traitement local.

J. MARGAROT.

Epithéliomas multiples (Epitheliomas multiples), par F. CARRILLO et T. OCANA. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 397, 8 fig.

Un malade présente en divers points de la surface cutanée un grand nombre d'épithéliomas.

Ce sont des épithéliomas baso-cellulaires adénoïdes kystiques, des épithéliomas plans cicatriciels et des épithéliomas pagétoïdes.

J. MARGAROT.

Les glandes sudoripares et la perspiration insensible (A l'état normal et dans quelques dermatoses) (Las glandulas sudoriparas y la perspiracion insensible) (En estado normal y en algunas dermatosis), par Luis a. Cordiviola. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 414.

A Buenos-Ayres même, dans des locaux à demi fermés, à la température de 12° et avec un état hygrométrique de 85, un sujet normal perd par la perspiration insensible sur un décimètre carré de l'avant-bras 14 mgr. 6 d'eau en 15 minutes, ce qui donne 238 grammes comme moyenne pour toute la surface du corps en 24 heures.

A 25°, toutes les autres conditions restant les mêmes, la perte d'eau s'élève à 473 grammes.

Dans les diverses maladies de la peau, la perspiration insensible dépend du nombre, de l'intégrité et du fonctionnement des glandes sudoripares. Des déterminations plus nombreuses, faites dans des conditions identiques, sont nécessaires pour que l'on puisse arriver à des conclusions pratiques. J. Margarot.

Leishmaniose cutanéo-muqueuse américaine (Leishmaniosis cutaneomucosa americana), par E. R. Gavina Alvarado et E. Tyre Werngreen. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 437, 4 fig.

Un malade de 41 ans présente des lésions multiples du dos des mains, des narines, des lèvres, de la cavité buccale, des jambes et de la partie supérieure du dos. Elles sont ulcéro-croûteuses, arrondies, ou de contours polycycliques, entourées d'une peau rouge, de teinte jambonnée, ou rose lilacée, de consistance œdémateuse, indolentes, rappelant par endroits le rupia syphilitique.

On fait une biopsie du voile du palais. L'examen histologique permet de porter le diagnostic de granulome leishmaniosique.

Des frottis pratiqués sur le fragment montrent quelques corpuscules de Leishman extracellulaires. J. Margarot.

Cas intéressant de localisation multiple de la Monilia albicans (Caso interesante de localizacion multiple de la Monilia albicans), par C. Etchevarne et P. Negroni. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 447, 2 fig.

On trouve associées chez un enfant de trois mois les diverses manifestations cutanéo-muqueuses que la *Monilia albicans* peut produire (muguet buccal, lésions intertrigineuses des plis, pyodermite avec abcès sous-cutanés multiples). J. Margarot.

Poïkilodermie réticulée pigmentée de Jacobi (Poikilodermia reticulada pigmentada de Jacobi), par Eduardo J. Jonquières. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 451, 2 fig.

Observation de poïkilodermie réticulée présentant comme particularités l'atrophie des ongles des pieds et des mains et la localisation du réseau pigmenté sur les membres inférieurs. J. Margarot.

Dermatose pigmentaire progressive de Schamberg (Dermatosis pigmentaria progressiva de Schamberg), par Luis E. Pierini et Donato Vivoli. *Revista Argentina de Dermatosifilologia,* t. XVI, novembre 1932, p 459, 3 fig.

Observation typique de maladie de Schamberg apparue chez une enfant.

Le taux de la cholestérolémie est normal.

On note une imprégnation tuberculeuse de l'organisme démontrée par la radiographie du poumon et par l'épreuve de Mantoux à la tuberculine. J. Margarot.

Parapsoriasis en gouttes avec éruption aiguë varioliforme (Parapsoriasis en gotas con brotes agudos varioliformes), par Marcial L. Quiroga et Carlos A. Huergo. *Revista Argentina de Dermatosifilologia,* t. XVI, novembre 1932, p. 466, 5 fig.

A côté de papules lenticulaires roses ou rouges, finement pityriasiques, on trouve des éléments vésiculo-papuleux, du volume d'une tête d'épingle, développés sur des papules. Leur contenu est fait de polynucléaires macrophages, de cellules de pus sans éosinophiles, ni globules rouges.

L'examen histologique montre une acanthose légère, de l'hyperkératose avec des foyers de parakératose, un œdème intra et extra-cellulaire du corps muqueux avec altération de la couche germinative, un œdème du derme papillaire avec des lésions des endothéliums capillaires, une légère infiltration péri-vasculaire.

M. G. et C. H. portent le diagnostic de parapsoriasis et rapprochent ce cas de celui qui a été publié par Sézary et Lefèvre.

J. Margarot.

A propos du travail du Dr R. Bernard intitulé : Sur le rôle thérapeutique de l'immunité dans la syphilis secondaire, par Pedro L. Balina. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 492.

Une plus ample expérience confirmera peut-être la conclusion de Bernard en établissant que son traitement (probablement insuffisant d'après l'auteur) donne de meilleurs résultats lorsqu'il est mis en œuvre au cours des manifestations secondaires.

P. B. croit cependant qu'une thérapeutique initiale particulièrement énergique, celle qu'il pratique et dont il fixe les doses (3 séries de 7 grammes de néosalvarsan et 50 injections d'iodo-bismuthate de quinine dans les 11 premiers mois) permet d'éviter les échecs signalés par l'auteur belge. J. Margarot.

Sur l'inconvénient de permettre délibérément le développement de la période secondaire de la syphilis en ne la traitant pas précocement (Sobre la inconveniencia de permitir deliberadamente el desarrollo del periodo secundario de la sifilis, sin tratar esta precozmente), par José Luis Carrera. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 504.

J. L. C. s'élève contre la conception de certaines écoles qui se refusent à faire perdre aux syphilitiques le bénéfice d'une défense de l'organisme et sont opposées à un traitement précoce.

Il discute les arguments statistiques apportés en faveur de cette théorie et apporte des faits qui la contredisent.

J. Margarot.

Les réactions de Wassermann et de Kahn dans la lèpre (Les reacciones de Wassermann y Kahn en la lepra), par José M. Fernandez, S. Schujman et Raul Macchi Campos. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 561.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn présentent leur maximum de positivité dans les formes avancées de la lèpre.

Le facteur syphilis joue un rôle important dans ces résultats sérologiques et doit être soigneusement recherché dans les cas positifs.

D'après les auteurs, les séro-réactions positives ne sont pas modifiées par le traitement antilépreux.

J. Margarot.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Nouvelles conceptions sur les maladies aleucémiques de l'appareil lymphatique et sur la formation du granulome spécifique (Neuere Anschauungen über aleukämische Erkrankungen des lymphatischen Apparates und über die Bildung spezifischer Granulome), par C. Steinberg. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, n° 13, 31 mars 1933, p. 385.

En 1893, Kundrat individualise sous le nom de lymphosarcome les tumeurs malignes développées dans l'appareil lymphatique, qu'il différencie des leucémies et des affections leucémiques. En 1898, Paltauf et Sternberg décrivent la lymphogranulomatose maligne. Restaient les pseudo-leucémies, où se confondaient toutes les affections de l'appareil hématopoïétique encore mal définies. Avec Aschoff, naît le terme de tissu réticulo-endothélial, puis celui de réticulo-endothéliose, qui désigne les affections qui frappent le tissu réticulé, d'une part, et les endothéliums d'autre part. Du groupe confus des réticuloses, il convient de distinguer d'abord les réticuloses par dysplasie (formes tumorales) et les réticuloses inflammatoires, dont le tableau clinique et histologique se rapproche singulièrement de la lymphogranulomatose et des leucémies. Les réticuloses inflammatoires sont tantôt aiguës, tantôt chroniques ; elles se traduisent histologiquement par la formation d'une granulose ou nodulaire ou diffuse, ou par une hyperplasie étendue du tissu réticulé. Cette conception des réticulo-endothélioses infectieuses et hyperplasiques, leucémiques ou aleucémiques conduit à poser la question : Pourquoi un toxique, très vraisemblablement bactérien, aboutit-il à la formation du granulome, si particulier de structure ? Les travaux modernes ont montré que cette réaction si particulière n'est qu'une des manifestations de l'allergie. Ainsi la tuberculose, lors de la pre-

mière infection, détermine un processus exsudatif ; toutes les inoculations ultérieures, dans un organisme déjà touché, provoquent la formation du granulome. D'autre part, les corps étrangers déterminent une réaction tissulaire également granulomateuse. On est donc en droit de penser que les bactéries agissent sur un organisme déjà infecté comme un corps étranger, quand leur virulence est affaiblie et que l'immunité organique est déjà constituée. Cette conception fait comprendre les ressemblances entre la lymphogranulomatose et les réticulo-endothélioses infectieuses, mais la variété des germes explique aussi les différences entre elles, chaque germe pathogène déterminant une réaction tissulaire particulière, malgré des caractères communs.

L. Chatellier.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Erythrodermie congénitale ichtyosiforme. Ses relations avec l'ichtyose vulgaire et congénitale et avec les kératoses régionales (Eritrodermia Congenita ictiosiforme. Sus relaciones con la ictiosis vulgar y con las queratosis regionales), par J. Bejarano. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 5, février 1933, p. 297, 8 fig.

Chez une petite fille de 9 ans, une kératodermie palmo-plantaire s'accompagne depuis 3 ans d'une kératose généralisée progressive, avec rougeur, desquamation abondante et éruption périodique d'éléments bulleux sur le cou et sur diverses régions.

Aucune affection analogue n'existe chez les ascendants de la malade, ni chez ses cinq frères.

Une biopsie permet de mettre en évidence une hyperkératose variable mais très marquée sur la main. Le *stratum lucidum* et le *stratum corneum* sont conservés. On trouve d'abondantes granulations d'éléidine. Il existe de l'acanthose et de la papillomatose avec une légère infiltration dermique paraissant surtout péri-vasculaire. Il n'existe pas de modifications des glandes sudoripares, mais une atrophie des glandes sébacées.

D'après B., ce cas s'ajoute aux observations paraissant établir qu'il n'existe du point de vue clinique, anatomique ou biologique, aucune différence absolue entre l'ichtyose vulgaire et l'ichtyose congénitale, l'érythrodermie congénitale ichtyosiforme et les kératodermies palmo-plantaires. Sans doute ces affections ne sauraient être considérées comme strictement identiques, mais les analogies l'emportent de beaucoup sur les différences et permettent de réunir ces diverses affections dans un même groupe.

J. Margarot.

Sur la préparation de l'or colloïdal (Sobre preparacion del oro coloidal), par H. Hombria et L. Vallejo. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 5, février 1933, p. 308.

Une des difficultés de la réaction de Lange tient à la préparation de

l'or colloïdal. H. et V. passent en revue les diverses techniques utilisées. Ils donnent la préférence aux méthodes de Fowweathe et de Levine, dont les résultats sont d'une constance presque absolue.

J. Margarot.

Contribution à l'étude des modifications hématiques du suc gastrique et de l'urine au cours du traitement diététique des tuberculoses cutanées (Contribucion al estudio de las modificaciones hematicas, del jugo gastrico y de la orina durante el tratamiento dietetico de las tuberculosis cutaneas), par M. Gallego Burin. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 5, février 1933, p. 312.

La formule hématique montre une augmentation du nombre des monocytes au cours des périodes d'amélioration clinique. Le nombre total des leucocytes diminue avec le traitement tandis que celui des hématies tend à se maintenir.

Dans la plupart des cas, la vitesse de sédimentation des hématies augmente lorsque le tissu lupique se résorbe et que le processus clinique s'améliore.

En général, l'acidité du suc gastrique diminue. Le chlorure de sodium urinaire baisse chez tous les malades et se maintient ensuite à un niveau constant.

Les modifications du *p*H urinaire ne sont pas parallèles aux variations de la réserve alcaline. J. Margarot.

Bromothérapie intraveineuse dans l'eczéma (Bromuroterapia intravenosa en el eczema), par E. de Gregorio. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 5, février 1933, p. 320.

E. de G. utilise en injections intraveineuses le bromure de strontium et l'urée à la dose de 1 gramme dans 10 centimètres cubes de sérum physiologique.

Les résultats obtenus dans l'eczéma sont bons, mais inconstants.

J. Margarot.

Sur une forme anormale de lichen (Sobra une forma anormal de liquen), par J. Bejarano et E. Enterria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 5, février 1933, p. 323, 6 fig.

Une femme de 49 ans présente une dermatose ressemblant beaucoup à la dyskératose folliculaire de Darier.

Une biopsie permet de porter le diagnostic de lichen hypertrophique. Il s'agit d'un lichen *obtusus* absolument pur. J. Margarot.

Quelques considérations sur l'état actuel du sérodiagnostic de la syphilis (Algunas consideraciones sobre el estado actual del serodiagnostico de la sifilis), par M. Hombria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 5, février 1933, p. 329.

Revue critique de la sérologie contemporaine. Les progrès réalisés sont indiscutables, mais une interprétation correcte demande l'adjonc-

tion des déterminations anciennes aux données des méthodes plus récentes.

Si les premières, moins sensibles, sont négatives, alors que les secondes sont encore positives, c'est que la guérison est incomplète et que le traitement doit être poursuivi. L'extrême sensibilité de ces dernières ne saurait être considérée comme de nature à faire naître des incertitudes dans l'établissement d'un diagnostic. Elles donnent, au contraire, une plus grande sécurité. J. MARGAROT.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Artérite syphilitique oblitérante (Obliterating syphilitic arteritis), par MOTLEY et MOORE. *The Journal of the American Medical Association*, vol. C, n° 9, 4 mars 1933, p. 656.

L'oblitération des gros vaisseaux est une rareté au cours de l'artérite syphilitique. Dans le cas décrit, il s'agissait d'une femme de 29 ans, présentant une aortite syphilitique avec insuffisance valvulaire et succombant à une crise d'asystolie. L'autopsie montra que la prolifération des parois de l'aorte s'étendait jusqu'aux orifices de la sous-clavière et de la carotide gauches qu'elle oblitérait presque totalement.

S. FERNET.

Les lésions électro-galvaniques de la cavité buccale produites par les appareils dentaires (Electrogalvanic lesions of the oral cavity procured by metallic dentures), par LAIN. *The Journal of the American Medical Association*, vol. C, n° 10, 11 mars 1933, p. 717.

L. attire à nouveau l'attention sur les lésions de la cavité buccale occasionnées par des courants électriques qui s'établissent entre les métaux des divers appareils dentaires. La salive joue le rôle d'un électrolyte et de véritables piles de Volta s'établissent, en raison de la différence de potentiel entre les parties métalliques. Ces malades accusent un goût métallique, de la salivation, de la douleur ou bien présentent des érosions ou de la leucokératose. Un grand nombre de ces malades peuvent être guéris par la suppression des appareils existants et leur remplacement par des appareils d'un seul métal.

Les fabricants de produits pour dentistes ne devraient leur fournir que des matières entre lesquelles il ne peut s'établir de différence de potentiel. S. FERNET.

Archives of Dermatology and Syphilology (Saint-Louis).

Les intradermo- et les cutiréactions dans l'allergie aux substances alimentaires (Intradermal and cutaneous methods of testing in food allergy), par BELGRADE. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, n° 2, février 1933, p. 206.

B. a établi sur 50 malades suspectés d'être sensibilisés aux substances

alimentaires, un parallèle entre les intradermo- et les cuti-réactions aux substances alimentaires. Il a constaté que les intradermo-réactions étaient infiniment plus sensibles : 84 o/o de résultats positifs contre 40 o/o. S. FERNET.

Nécrose graisseuse sous cutanée du nourrisson (Subcutaneous fat necrosis of the new-born), par HOWARD FOX. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, no 2, février 1933, p. 237, 2 fig.

Il existe une grande confusion des termes dans le domaine des infiltrations scléro-graisseuses du nouveau-né.

H. F. isole une forme clinique qui a déjà été observée et décrite sous des noms divers : sclérose graisseuse circonscrite des nourrissons, induration cutanée curable, sclérème graisseux en plaques, *obstetric lipophagic granuloma*, sclérème des nouveau-nés, pseudo-sclérodermie, etc. H. F. donne à cette affection le nom de : *adiponecrosis subcutanea neonatorum.*

Il s'agit de nourrissons robustes, volumineux mais, habituellement, nés laborieusement. Les lésions apparaissent 2 à 20 jours après la naissance sous forme d'indurations sous-cutanées profondes, bien limitées, dont le volume varie de celui d'une cerise à celui d'un œuf de poule et peut atteindre celui de grandes nappes occupant tout le dos, les cuisses, les bras, les joues et, exceptionnellement, les muqueuses ; l'abdomen, les paumes des mains, les plantes des pieds, les faces internes des cuisses, les aisselles, ne sont jamais atteints. La peau qui recouvre l'induration est rouge bleuâtre, sèche. L'induration, qui ne cède pas sous la pression du doigt, présente une dureté de bois ou de caoutchouc ou encore est pseudo-fluctuante et simule un phlegmon ; la peau ne peut être pincée et la masse ne peut être détachée des plans profonds.

L'évolution comprend deux périodes : une période d'augment et une période d'involution. Le ramollissement et la résorption commencent vers la 5e ou 6e semaine et sont achevés à 4 ou 5 mois ; la durée totale de l'affection varie donc de 6 semaines à 5 mois. La résorption des infiltrats est totale et il est rare qu'il reste une légère atrophie. L'affection évolue sans fièvre, sans douleurs ; l'enfant augmente régulièrement de poids, son état général est bon.

Les lésions histologiques sont limitées au tissu sous-cutané où l'on constate une nécrose des cellules graisseuses et des infiltrations de lymphocytes, de fibroblastes, de cellules géantes et épithélioïdes autour des lobules graisseux. Les parois entre les cellules graisseuses sont œdématiées et épaissies ; le tissu élastique est absent dans les zones infiltrées. Les cellules graisseuses présentent un ou plusieurs noyaux, un protoplasma augmenté et contiennent de nombreux cristaux en forme d'aiguilles formant des rosettes et probablement constitués par des acides gras. Certaines cellules géantes contiennent les mêmes cristaux.

Cette affection, éminemment bénigne, évoluant spontanément vers la

guérison, paraît résulter des traumatismes obstétricaux ou du traitement trop violent de l'asphyxie du nouveau-né. Elle doit être distinguée du sclérème adipeux des nouveau-nés qui est beaucoup plus rare, existe uniquement chez les débiles, débute aux membres inférieurs et gagne ensuite le tronc, s'accompagne de fièvre et a, le plus souvent, une évolution grave. Le sclérème œdémateux des nouveau-nés est également une affection très rare et grave, s'observant chez des débiles, des prématurés ; l'œdème est diffus, se déprime et garde le godet ; il s'accompagne souvent d'ictère ; son évolution est habituellement mortelle en quelques jours. La sclérodermie du nouveau-né est une fibrose généralisée extrêmement rare, intéressant les viscères et incompatible avec la vie. S. Fernet.

Trichostasis spinulosa, par Fanburg. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, nº 2, février 1933, p. 274.

Il s'agit d'une malformation pilaire assez rare, décrite aussi sous le nom de « Pinselhaar », dont le seul intérêt est de simuler les comédons. Une touffe de minuscules duvets, cassés au ras de la peau, émergent des orifices pilo-sébacés dilatés. A l'œil nu, on ne constate que des points noirs qui peuvent être exprimés ; le microscope montre que la petite masse exprimée est constituée par 10 à 20 duvets rudimentaires, rangés les uns à côté des autres comme les poils d'un pinceau. Cette dystrophie pilaire s'observe en des régions diverses : nuque, dos, poitrine, face, etc. S. Fernet.

Epithélioma basocellulaire avec formation excessive de pigment (Basal cell epithelioma with excessive pigment formation), par Eller et Anderson. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, nº 2, février 1933, p. 277, 4 fig.

Deux observations d'épithéliomas baso-cellulaires pigmentés, développés aux dépens de nævi congénitaux. La nature exacte de ces tumeurs, qui présentent tous les caractères cliniques des nævo-carcinomes, ne peut être établie que par l'examen histologique ; celui-ci montre qu'en dehors de l' « incontinence » du pigment qui se trouve en abondance dans la couche basale et les chromatophores du derme, la structure est exactement celle de l'épithélioma baso-cellulaire.

Le nom d'épithélioma baso-cellulaire pigmenté est meilleur que celui de mélano-épithéliome bénin, employé par B. Bloch.

S. Fernet.

Le déhydrocholate de soude dans l'intoxication arsénobenzolique (Sodium dehydrocholate in arsphenamine poisoning), par Appel. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, nº 3, mars 1933, p. 401.

L'acide dehydrocholique est le produit d'oxydation de l'acide cholique, l'un des acides biliaires. Son sel de soude est soluble dans l'eau, légèrement alcalin ; il diffère de l'acide cholique en ce qu'il est prati-

quement non toxique, tandis que les sels des acides taurocholiques et glycocholiques ont un degré de toxicité très élevé.

L'injection intraveineuse de 5 à 10 centimètres cubes d'une solution à 5 o/o de dehydrocholate de soude a une action cholagogue immédiate qui se continue pendant 1 h. 1/2.

A. a pensé que, dans les ictères post-salvarsaniques, on pouvait favoriser l'élimination de l'arsenic fixé dans le foie en faisant éliminer de grandes quantités de bile. Quatre malades traités par 10 injections de dehydrocholate ont, en effet, été guéris de l'ictère en 1 mois. Dans un cas d'intolérance à l'arsénobenzol (nausées, vomissements), le traitement a pu être poursuivi sans incidents grâce à l'addition de dehydrocholate de soude à la solution de néoarsphénamine. S. Fernet.

Lèpres atypiques (Leprosy proteus), par Uruena. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, n° 3, mars 1933, p. 450, 11 fig.

En dehors des formes cliniques classiques, on observe fréquemment dans la lèpre des lésions atypiques, simulant les dermatoses les plus variées. U. en donne quelques exemples, accompagnés de belles photographies : léprides vitiligoïdes, psoriasiformes, ichtyosiformes, alopécie de la queue du sourcil, alopécie syphiloïde en clairière du sourcil, névrodermite lichénoïde lépreuse. S. Fernet.

Etude bactériologique du lichen plan (Bacteriologic studies on lichen planus), par Jacob et Helmbold. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, n° 3, mars 1933, p. 472, 7 fig.

J. et H. ont réussi à cultiver, dans les papules de lichen plan, un bacille anaérobie, non mobile, non encapsulé, ne portant pas de spores, Gram négatif, de 2,5 à 3,7 microns de long. Ce bacille, assez polymorphe, pousse parcimonieusement, subit rapidement une dégénérescence granuleuse et cesse de se développer au bout de peu de temps. Quoique polymorphe, il ressemble au bacille typhique. En raison de la difficulté de le cultiver, il n'a pas encore été possible de le classer.

Les fragments de tissu, obtenus par biopsie assez profonde pour entamer le derme, étaient coupés en cubes et implantés profondément dans un milieu de culture semi-solide, dextrosé à 4 o/o et additionné de sérum humain longuement inactivé entre 56 et 60°. Maintenues à 37°5, les cultures poussent en 48 heures.

Ces cultures, inoculées à 9 individus (dont l'un des auteurs) ont donné dans 5 cas des réactions inflammatoires en périphérie desquelles existaient des papules isolées, brillantes. Une de ces papules, prélevée à distance du point d'inoculation après 6 semaines, a fourni une culture identique aux précédentes.

Les auteurs ne sont pas arrivés à voir le bacille directement dans les pièces fraîches, mais ils l'ont trouvé aisément dans les pièces cultivées, après 48 heures d'étuve. S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Le traitement du lichen plan par le bismuth (The treatment of lichen plan with bismuth), par Burgess. *The Urologic and Cutaneous Review*, mars 1933, p. 173.

Dix brèves observations. Le traitement bismuthique a toujours eu une influence favorable sur le lichen plan. Plusieurs cas ont été guéris ; dans d'autres, non guéris, le prurit a disparu. Le lichen plan des muqueuses n'a jamais été influencé. S. Fernet.

Un cas d'urticaire géante (œdème de Quincke) guéri par l'amygdalectomie (A cas of giant urticaria (Quincke's edema) cured by tonsillectomy), par Frank. *The Urologic and Cutaneous Review*, mars 1933, p. 185.

Cas d'urticaire géante, chez une jeune fille de 18 ans, dans lequel toutes les cuti-réactions habituelles étaient négatives ; seule l'intradermo-réaction au vaccin antipneumococcique était positive. Guérison après l'ablation des amygdales infectées. S. Fernet.

British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Lupus érythémateux aigu disséminé : cinq cas mortels (Acute disseminates lupus erythematosus : five fatal cases), par Roxburgh. *British Journal of Dermatology and Syphilis*, mars 1933, p. 95, 4 fig.

Observations de cinq cas de lupus érythémateux, soit aigus d'emblée, soit ayant subi une poussée aiguë avec généralisation entraînant la mort. Trois cas ont pu être autopsiés.

Dans aucun de ces cas on ne trouvait de signes de tuberculose évolutive. La mort a paru résulter d'une septicémie strepto- ou staphylococcique terminale. Dans les jours qui ont précédé la mort, on a pu constater la présence de streptocoques soit dans le sang, soit dans les urines.

De l'étude de ces cas, il résulte que : le lupus érythémateux aigu est rare, il est plus fréquent chez les femmes et surtout entre 20 et 30 ans, il débute le plus souvent par une lésion limitée et chronique et on ne peut déterminer la cause de la généralisation ; l'apparition d'arthralgies, de douleurs musculaires, d'albuminurie, de purpura ou de fièvre, annonce souvent la généralisation aiguë. Les cultures du sang restent négatives jusqu'à la période terminale. La période aiguë ne dépasse jamais quatre mois. S. Fernet.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Les applications indirectes de rayons X dans le domaine de la dermato-syphiligraphie, par Giovanni Truffi. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. IX, fasc. 1, janvier 1933, p. 3. Bibliographie.

A côté des résultats brillants et aujourd'hui bien établis, depuis longtemps obtenus par les applications *directes* de rayons X, il a été établi depuis quelques années que ces rayons pouvaient exercer aussi une action *indirecte* consistant en réactions générales et locales susceptibles de fructueuses applications thérapeutiques.

L'auteur, dans ce Mémoire de 70 pages, fait une revue générale très complète des résultats acquis à l'heure actuelle dans ce domaine.

Les diverses modalités selon lesquelles on a fait usage de ces applications indirectes peuvent se ramener à cinq méthodes principales :

1° Méthode *cutanée*, qui vise à obtenir des phénomènes de shock, par irradiation d'une zone cutanée quelconque.

2° Méthode *endocrinienne*, où les applications sont faites sur des districts cutanés correspondant à diverses glandes endocrines.

3° Méthodes d'applications *paravertébrales* dont le type est celle qui a été préconisée par Bordier pour le traitement de la maladie de Heine-Médin, avec le succès que l'on connaît, et, au point de vue dermatologique, par Pautrier dans le lichen plan, dont elle constitue à l'heure actuelle la méthode de traitement la plus efficace.

4° Méthode d'application *dorsale* proposée par Gouin dans le traitement du lichen plan et de diverses dermatoses.

5° Méthode d'application sur l'*émergence des gros vaisseaux* (creux axillaires, plis inguinaux) proposée par Gawalowsky.

Les trois dernières de ces méthodes sont les plus employées.

T. passe en revue les résultats obtenus par ces diverses méthodes dans un certain nombre d'affections nerveuses et cutanées : tabès, lèpre, lichen plan, eczéma, maladie de Méléda, purits, zona, dermatoses bulleuses, sclérodermies, mal perforant, ulcérations atones, acrocyanoses, maladie de Raynaud, artérites oblitérantes, etc...

Il fait ensuite l'exposé de ses recherches personnelles, qui ont porté sur plus de 200 malades atteints des diverses affections susmentionnées, en indiquant les détails de sa technique. Ces résultats ont d'ailleurs en partie fait déjà l'objet de publications antérieures (voir, par exemple, les résultats obtenus dans la pelade décalvante, publiés dans ces *Annales* en 1931).

Sans entrer dans le détail des effets thérapeutiques constatés dans ces diverses affections, il convient de signaler tout particulièrement : les effets *analgésiques*, obtenus dans le tabès, la lèpre, le zona ; les effets *trophiques* obtenus dans le mal perforant, les plaies atones, les kératodermies, les effets *vaso-moteurs* dans les acrocyanoses, la maladie de Raynaud, la maladie de Buerger, etc...

Par contre, on a constaté des résultats *négatifs* dans d'autres affections : dermatite herpétiforme, eczéma aigu, vitiligo, ichtyose, et dans le psoriasis.

Pour ce qui est du lichen plan, il a semblé à T. que la méthode de Gouin était plus efficace dans les formes étendues diffuses, et celle de Pautrier dans les formes circonscrites.

La dernière partie de ce travail est occupée par la discussion du mécanisme d'action des rayons X dans de pareilles applications. La plupart des auteurs se rallient à une théorie *sympathique* et l'un des principaux arguments, c'est qu'on observe, après les applications de rayons X, les mêmes phénomènes colloïdoclasiques dans le sang qu'après les interventions chirurgicales selon la méthode de Leriche, pour lesquelles le mécanisme sympathique ne saurait être contesté.

Mais il reste encore à se demander si le sympathique intervient par un mécanisme *général* ou *local*. T. pense que la réaction générale doit être considérée comme accessoire et susceptible de jouer un rôle thérapeutique seulement dans certains cas particuliers. Pour lui, le sympathique intervient surtout par une action locale et ce mécanisme local consiste surtout en une action *dépressive* et *suspensive*, analogue à celle que détermine la sympathectomie.

Quel que soit en tout cas le mécanisme de cette action, T. fait remarquer que le seul fait qu'une telle action existe ouvre des horizons nouveaux à la thérapeutique et il est juste de remarquer que les résultats les plus brillants obtenus jusqu'ici l'ont été dans le cadre de la dermatosyphilis.

BELGODERE.

Péri-artérite noueuse à localisation cutanéo-ganglionnaire avec tableau clinique d'un éléphantiasis et éruption nodulaire du membre inférieur gauche, par Giuseppe SANNICANDRO. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia*, vol. IX, fasc. 1, janvier 1933, p. 70, 7 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 33 ans, qui présentait au membre inférieur gauche une éruption de nodules de couleur rouge vineux, durs, peu saillants, qui coexistait avec une tuméfaction des ganglions cruraux et inguinaux du même côté et un état œdémateux éléphantiasique du membre inférieur. Ces lésions évoluaient depuis 4 ans et s'étaient accompagnées d'un abaissement très marqué de la vue, dû à une névrite optique, ce qui faisait suspecter des accidents spécifiques, d'autant plus que la réaction de Bordet-Wassermann était partiellement positive. Le malade était en outre sujet par intermittences à des poussées fébriles. En raison des soupçons de syphilis, le traitement bismuthique fut institué et donna d'ailleurs d'excellents résultats : disparition des nodules et amélioration de l'état général tant et si bien que le malade sortit de la clinique et ne voulut plus se donner la peine de poursuivre le traitement.

L'auteur ayant pensé qu'il pouvait s'agir d'un cas de péri-artérite noueuse, avait pratiqué des biopsies sur les nodules cutanés et sur les ganglions. Les examens histologiques dont nous ne pouvons rapporter les détails, confirmèrent ce diagnostic, montrant des altérations qui prédominaient sur les artères du réseau dermique profond.

La péri-artérite noueuse a été décrite pour la première fois en 1866 par Kussmaul et Mayer. C'est une affection d'origine évidemment infec-

tieuse, à tableau clinique assez protéiforme, dans lequel dominent des symptômes d'anémie, des signes de polynévrite et de polymyosite et des manifestations cutanées nodulaires à siège dermique et hypodermique, qui ne sont pas seulement importantes au point de vue dermatologique, mais aussi pour le diagnostic qui est possible quand ces nodules sont présents, tandis que la maladie est le plus souvent méconnue quand les nodules font défaut, le diagnostic étant fait alors seulement sur la table d'autopsie.

Les lésions portent sur les artères et plutôt sur leurs fines ramifications que sur les branches principales : elles sont parsemées de nodules disposés en chapelet, fusiformes, arrondis ou ovalaires, de couleur gris jaunâtre, de la grosseur d'un grain de millet.

Au point de vue histologique, les lésions évoluent en trois temps : *1er temps* : infiltration de l'adventice par des leucocytes, les autres tuniques restant intactes ; *2e temps* : modification de l'aspect de l'infiltration par l'apparition de nombreuses cellules plasmatiques et lymphocytes, puis invasion par cette infiltration de la tunique moyenne et rupture de la membrane élastique interne, puis prolifération de l'intima, aboutissant à l'obstruction du vaisseau, à la formation de thromboses et de dilatations anévrismales ; *3e temps* : évolution fibreuse.

L'étiologie est inconnue, on a incriminé surtout la syphilis, à cause de la localisation artérielle, mais cette opinion est aujourd'hui généralement abandonnée, car les caractères de la péri-artérite noueuse diffèrent de ceux de l'artérite syphilitique. On tend plutôt à admettre que la péri-artérite noueuse n'est pas une maladie propre, mais un syndrome qui peut apparaître sous l'influence de causes diverses, notamment infectieuses. Dans le cas étudié, cependant, les bons effets de la cure bismuthique peuvent être invoqués à l'appui de l'étiologie syphilitique. Il est à remarquer que la participation des ganglions lymphatiques au processus n'avait jusqu'ici jamais été signalée.

BELGODERE.

Contribution à la connaissance de la maladie de Kaposi (Sarcome idiopathique multiple hémorragique de Kaposi), par Paolo PITTOTI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. IX, fasc. 1, janvier 1933, p. 97, 3 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte un cas de maladie de Kaposi qu'il a étudié chez un jeune homme de 17 ans, dans sa période initiale, condition qui se réalise assez rarement. Le début remontait à deux années et la symptomatologie se manifestait par un œdème dur des membres supérieurs, surtout à droite, où se détachaient des plaques bleuâtres, infiltrées, à contours légèrement estompés sur certains éléments, nets au contraire sur ceux de la face dorsale et des bords latéraux des pieds ; ces plaques s'étaient développées pendant une période de quelques mois, puis étaient demeurées stationnaires pendant un an. Le malade fut soumis à la cure arsenicale (acétylarsan) qui amena une amélioration des

plus nettes, la régression de l'œdème et des plaques bleuâtres. (Il est vrai que, dans une note additionnelle terminale, P. dit avoir revu le malade au bout d'un an et que son état s'était de nouveau aggravé.) Ce qui fait l'intérêt particulier de cette observation, c'est surtout que la maladie a pu être étudiée dans son stade initial (stade maculeux de de Amicis), ce qui permet mieux de se faire une opinion sur la nature du processus, aujourd'hui encore fort obscure et sur laquelle on ne peut faire que des hypothèses. P. fait de ce cas une étude histologique approfondie, discute le diagnostic, passe en revue les théories pathogéniques.

Cette observation vient confirmer ce que l'on savait déjà sur la lente évolution de cette maladie, entrecoupée de rémissions parfois complètes d'apparences de guérison, suivies plus ou moins tôt de réveils.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Evolution clinique particulière d'une néoplasie épithéliale chez une jeune fille de quinze ans, par Mario SCOPESI. *Il Dermosifilografo,* 8e année, no 3, mars 1933, p. 117, 7 fig.

Quelques considérations générales sur l'obscurité qui entoure le problème étiologique du cancer et sur les multiples théories qu'il a suscitées. Certaines de ces théories sont incompatibles avec certains faits et notamment avec les faits certains, quoique peu fréquents, de cancer dans le jeune âge.

A ce propos, l'auteur fait la relation d'un de ces cas curieux d'épithélioma cutané qu'il a eu l'occasion d'observer chez une jeune fille de 15 ans sans tares héréditaires ou acquises apparentes. La tumeur siégeait à la région auriculaire gauche, elle avait débuté par une petite grosseur de la dimension d'un pois, qui avait grossi, puis s'était ulcérée, puis était devenue végétante, de façon à former une masse de la grosseur d'une châtaigne, pédiculée, étranglée au niveau de son insertion à la peau ; celle-ci était aussi infiltrée et dure, de sorte que l'on se trouvait en présence d'une double néoplasie en bouton de chemise.

Cette tumeur fut enlevée au bistouri diathermique, puis on fit des applications de radium qui semblèrent tout d'abord amener la guérison ; mais des récidives successives se produisirent, jusqu'à cinq reprises, à intervalles cependant de plus en plus éloignés, qui nécessitèrent autant de nouvelles interventions et de nouvelles applications de radium. Chaque fois, d'ailleurs, la récidive céda facilement aux rayons, mais néanmoins, la multiplicité de ces récidives témoigne d'un caractère indiscutable de malignité.

Tout d'abord, en se basant sur l'aspect clinique et sur les notions connues, S. avait cru se trouver en présence d'une tumeur mixte de la parotide, d'autant plus que le début du processus avait été plutôt sous-cutané. L'examen histologique démentit complètement ce diagnos-

tic, montrant qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale. Cela n'était pas du reste une raison suffisante pour exclure l'origine parotidienne, car de la parotide peuvent également émaner des tumeurs épithéliales, les unes à forme glandulaire, les autres à forme canaliculaire. Mais dans le cas particulier, sur l'une des coupes, S. put constater nettement une jetée néoplasique qui se détachait d'une papille épidermique, ce qui lui permit d'affirmer que la tumeur était un épithélioma baso-cellulaire de provenance épidermique.

Il signale en outre que, lors des examens histologiques successifs qui furent faits à l'occasion de chaque récidive, on constatait chaque fois une diminution progressive des éléments épithéliaux et une augmentation des éléments mésenchymateux. Un autre point digne de remarque était le petit nombre de cellules plasmatiques, fait qui, d'après Roussy, doit être considéré comme un mauvais signe au point de vue du pronostic. L'absence de réaction ganglionnaire, la radiosensibilité contrastant avec la tendance maligne dénotée par les récidives sont également des caractères qui s'écartent de la physionomie classique et qui, pour l'auteur, sont probablement en rapport avec l'intervention de facteurs spéciaux dus à l'âge du sujet. BELGODERE.

Considérations statistiques sur le chancre extragénital, par Giacomo SERRA. *Il Dermosifilografo,* 8e année, no 3, mars 1933, p. 129. Cinq pages de bibliographie.

L'auteur publie la statistique des cas de chancres extra-génitaux qui se sont présentés à la Clinique Dermosyphiligraphique du professeur Bizzozero, à Turin, de 1889 à 1931, soit pendant 40 ans, statistique qui porte sur 4.722 accidents primaires de tous sièges, génitaux et extra-génitaux, hommes et femmes.

Ce travail de statistique ne peut évidemment se prêter à une analyse. Bornons-nous à dire que les pourcentages obtenus s'écartent fort peu d'une manière générale de ce que nous enseignent les traités classiques. Ce qui est plus intéressant, c'est la diminution progressive des cas de chancre en général, mais en proportion relativement moins forte pour les cas de chancre extragénital. Total de 359 chancres en 1893, et de 44 en 1925, soit une diminution de l'ordre des 9/10e. 21 chancres extra-génitaux chez les hommes en 1893 et 0 en 1931 ; 16 chancres extra-génitaux chez les femmes en 1896 et 1 seul en 1931. Les catégories sur lesquelles on observe les diminutions les plus fortes sont les chancres du sein chez les femmes (nourrices) et ceux du menton chez l'homme (rasoir) ce qui doit être attribué à la diffusion des notions d'hygiène et de prophylaxie. BELGODERE.

Les préparations bismuthiques liposolubles dans le traitement de la syphilis, par MAIMONE. *Il Dermosifilografo,* 8e année, no 3, mars 1933, p. 160.

L'auteur fait le parallèle entre les préparations de bismuth solubles

ou insolubles, en solution aqueuse et en solution huileuse sur lequel nous n'insisterons pas, car ce sont des notions connues de tous et pour l'exposé desquelles il s'inspire du reste surtout des publications des auteurs français. Médecin militaire, il a expérimenté dans son service un composé bismuthique lipo-soluble de fabrication italienne, qui est un camphocarbonate de Bi dosé à 12 centigrammes de camphocarbonate pour les adultes, par ampoule, soit 4 centigrammes de Bi métallique et 6 centigrammes de sel, soit 2 centigrammes de métal pour les enfants. Son expérimentation a porté sur douze cas comportant des accidents primaires et des accidents secondaires. Les résultats, cliniques et sérologiques, ont été très satisfaisants et la tolérance parfaite. Il conseille donc nettement l'emploi des composés lipo-solubles et en particulier de la préparation italienne dont il a fait l'essai. BELGODERE.

Comment j'examine et comment je traite les lépreux, par VALENZUELA (Communication à la Société médico-chirurgicale de Guayas, Rép. Equateur). *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 3, mars 1933, p. 151.

Dans la République de l'Équateur, comme dans toutes les contrées tropicales, la lèpre est fréquente. V. expose les méthodes d'examen qu'il a instituées dans son service pour obtenir un dépistage précoce. Il insiste sur l'importance du diagnostic précoce, qui seul permet d'espérer des résultats thérapeutiques. Le faciès léonin, le masque antonin, ne doivent plus être que des souvenirs historiques ; si l'on attend que la maladie en soit arrivée à ce point, il n'y a plus d'espoir de guérison.

Le diagnostic précoce doit être fait par les méthodes cliniques et par les recherches de laboratoire. Ce serait une erreur de croire que ce sont ces dernières qui ont le plus d'importance. *Le diagnostic précoce de la lèpre dépend plus de la pointe de l'épingle que du champ du microscope*, dit V.

Au point de vue clinique, il faut tout d'abord explorer chez les sujets suspects la sensibilité : au tact, à la douleur, à la chaleur. Quels sont les « sujets suspects » ? Ce sont ceux chez qui on constate :

1° des épaississements de la peau en des points circonscrits, qui n'apparaissent pas à la vue, mais que l'on découvre en faisant rouler la peau entre le pouce et l'index ; on perçoit en même temps une sensation *onctueuse* caractéristique ;

2° des taches hypopigmentaires, hyperpigmentaires, achromiques ;

3° des altérations trophiques : aux mains, aux pieds, au système pileux ;

4° un amincissement ou une atrophie de la peau en certains points ;

5° des épaisissements de certains troncs nerveux (cubital) ;

6° des altérations du système nerveux : troubles pupillaires, tremblements, troubles des réflexes, etc...

V. insiste sur ce point que, contrairement à l'opinion généralement enseignée, *ce n'est pas par la face, mais par les pieds que débute la lèpre.*

Au point de vue du laboratoire, il accorde une valeur relative, mais certaine, à la réaction de Rubino, plutôt qu'à celle de Bordet-Wassermann.

L'examen bactériologique a une valeur indiscutable, mais il requiert certaines conditions de technique que V. précise. Ainsi, pour l'examen du mucus nasal, il ne suffit pas de prélever le mucus à la surface de la muqueuse, il faut avec un instrument idoine, racler fortement la muqueuse jusqu'à la faire saignotter légèrement.

Si la présence du bacille de Hansen a une valeur indiscutable, son absence ne peut aucunement permettre d'éliminer le diagnostic de lèpre. Et aujourd'hui surtout où la bactériologie vient d'être révolutionnée par la découverte des formes de transition, granulaires, ultrafiltrantes, etc...

Au point de vue thérapeutique, V. se montre peu favorable aux traitements énergiques dits traitements d'assaut ; il préfère les méthodes douces et progressives. Il emploie les remèdes connus : chaulmoogra, sels d'or (solganal).

Il termine par l'exposé de quelques cas cliniques qui viennent à l'appui de son exposé didactique et conclut qu'à l'heure actuelle, on ne doit plus considérer la lèpre comme une maladie inexorable.

BELGODERE.

Polska Gazeta Lekarska (Lwow).

L'organisation de la lutte antivénérienne en France, par KWIATKOWSKI. *Polska Gazeta Lekarska*, nos 3 4, 1933.

Après un séjour de six mois dans les hôpitaux de Paris et de Strasbourg, K. expose à ses compatriotes l'organisation de la lutte antivénérienne en France. Cet article est l'expression d'une grande admiration pour la science française, pour les hommes qui la représentent et la nation entière qui a su comprendre le danger menaçant et a montré sa grandeur et sa sagesse en créant une organisation dont le réseau aura bientôt couvert tout le pays ainsi que ses colonies.

S. FERNET.

Impressions sur les cliniques et les hôpitaux étrangers, par KWIATKOWSKI. *Polska Gazeta Lekarska*, nos 9-10, 1933.

Impressions d'un dermatologiste recueillies au cours d'un séjour à Paris, Strasbourg et Londres.

A l'hôpital Saint-Louis, ce qui frappe le plus l'étranger, c'est la pauvreté des apparences et l'excellence de l'esprit. Encore met-on quelque temps à apprécier la valeur du fond, c'est dire que la pauvreté du cadre et l'accueil réservé risquent d'éloigner l'étranger avant qu'il ne soit à même d'approfondir la valeur de l'enseignement. Tout est pour lui source d'étonnement : l'absence d'organisation à la grande consultation, la modestie de la thérapeutique, si simple et cependant suffisante...

La richesse des installations se trouve, au contraire, unie à la générosité de l'enseignement à l'Institut Prophylactique et à la Clinique dermatologique de Strasbourg. S. FERNET.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Etudes des nerfs dans les dermatomyomes, par GRZYBOWSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, mars 1933, p. 1, 13 fig.

L'examen histologique d'un cas de léiomyome cutané a montré, grâce à la coloration de Ramon y Cajal, la présence de nombreux filets nerveux dans l'intérieur des tumeurs. Ces filets nerveux, munis de gaines de myéline (coloration Pal-Weigert), se trouvent enchevêtrés dans les faisceaux musculaires ; souvent ils leur sont parallèles ou même paraissent inclus dans les fibrilles musculaires.

Leur nombre est très supérieur à celui qui est constaté dans la peau normale des régions correspondantes et leur abondance explique les caractères douloureux de ces tumeurs. S. FERNET.

L'histiocytome de la peau, par KWIATKOWSKI et WORINGER. *Przeglad Dermatologiczny*, mars 1933, p. 12, 6 fig.

Les auteurs démontrent qu'il existe toute une catégorie de tumeurs qui sont proches parentes du xanthome par l'infiltration lipoïdique qu'elles subissent. Ces tumeurs ont toujours pour point de départ la même cellule originelle, l'histiocyte, toujours reconnaissable à sa fonction de « coloration vitale ».

L'infiltration lipoïdique des histiocytes est plus ou moins marquée et il existe des faits de passage allant du xanthome typique à des tumeurs d'aspect fibromateux qu'il faut examiner avec soin et avec des colorations spécifiques pour y déceler le phénomène de la coloration vitale, c'est-à-dire la fixation de graisse.

Ces tumeurs histiocytaires doivent être distinguées des tumeurs fibreuses de la peau dont la cellule originelle est le fibroblaste capable d'élaborer du collagène, mais incapable de subir la coloration vitale.

On peut toutefois rencontrer des tumeurs histiocytaires dont les éléments ne présentent pas de coloration vitale et ne permettent pas l'identification certaine. Il est donc possible qu'il existe des histiocytomes qui ne présentent nulle part d'infiltration graisseuse.

Mais en dehors de ces cas exceptionnels, l'histiocytome ne doit pas être confondu avec les tumeurs et productions fibreuses telles que les fibromes lenticulaires, les fibromes vrais, les fibromes *molluscum*, les chéloïdes, les dermato-fibromes progressifs et récidivants.

Les fibrocytes proprement dits ne peuvent pas être xanthélasmatisés. Les cas décrits dans la littérature comme fibromes ayant subi une dégénérescence xanthomateuse étaient en réalité des histiocytomes, c'est-à-dire des tumeurs bénignes du derme issues du système réticulo-endothélial. S. FERNET.

Un cas d'hypersensibilité à la quinine chez un syphilitique et essais de transfert de l'hypersensibilité à des animaux, par MIENICHI et KRZYWOBLOCKI. *Przeglad Dermatologiczny*, mars 1933, p. 65.

A la suite d'une seule injection de Quinby, un syphilitique présenta de la fièvre, de la dyspnée et un érythème scarlatiniforme suivi d'une desquamation lamelleuse qui persista pendant 1 mois. Des cuti- et des intradermo-réactions à la quinine ont été positives chez des sujets syphilitiques, préalablement sensibilisés avec le sérum de ce malade.

L'hypersensibilité à la quinine peut donc être transmise par voie cutanée ou intradermique à d'autres individus ; on peut de cette façon réaliser une sensibilisation passive.

On a pu aussi réaliser l'hypersensibilité passive chez des animaux (7 cobayes et 5 lapins) par l'injection de sérum du malade. Ces animaux ont présenté des chocs anaphylactiques à la suite d'injections de chlorhydrate de quinine à 2 o/o. L'intensité du choc et sa durée dépendent surtout de l'intervalle entre l'injection de sérum et l'injection de quinine ; les symptômes les plus marqués apparaissent quand l'intervalle est d'environ 48 heures. Le choc anaphylactique passif, déchaîné par la quinine, est typique : la leucopénie est très prononcée.

S. FERNET.

Medycyna (Varsovie).

Les lésions des os longs dans la syphilis héréditaire précoce, par KWAZEBART et ROSNOWSKA. *Medycyna*, 7 et 21 mars 1933, 13 fig.

Dans la syphilis héréditaire précoce, l'examen radiologique du squelette constitue non seulement un complément d'information mais peut, à lui seul, fournir les éléments du diagnostic.

K. et R. ont pratiqué l'examen radiographique de 100 hérédo-syphilitiques vivants, de moins de deux ans. Ils ont constaté des lésions osseuses dans 43 o/o des cas. Par ordre de fréquence, ils ont trouvé des périostites dans 32 cas, des ostéochondrites dans 21 cas et, moins fréquemment, des ostéoscléroses, des ostéomyélites, des altérations des points d'ossification, des raies transversales, des productions exubérantes, un cas de maladie de Parrot.

Au point de vue clinique, ces observations se décomposent de la façon suivante : sur 23 cas d'hérédo-syphilis manifeste avec Bordet-Wassermann positif, 16 présentaient des lésions osseuses ; sur 40 cas d'hérédo-syphilis manifeste avec Bordet-Wassermann négatif, 11 présentaient des lésions osseuses ; sur 6 cas d'hérédo-syphilis cliniquement non appréciable mais Bordet-Wassermann positif, 3 cas de lésions osseuses ; sur 19 cas d'hérédo-syphilis latente avec Bordet-Wassermann négatif, 5 cas de lésions osseuses ; sur 13 cas d'hérédo-syphilis douteuse, cliniquement et sérologiquement muette, 7 cas de lésions osseuses manifestes.

Les lésions osseuses paraissent donc exister, chez le nourrisson, plus

fréquemment que les réactions humorales. Dans la majorité des cas, elles ne s'accompagnent d'aucun signe clinique et échappent à l'exament le plus attentif. Il n'y a guère que les périostites ossifiantes importantes et la maladie de Parrot qui s'accompagnent de tuméfaction ou de troubles moteurs et de douleurs.

Dans les cas suspects, en l'absence de signes cutanés, muqueux ou viscéraux, devenant d'ailleurs de plus en plus rares, en l'absence de signes sérologiques, l'examen radiographique des os longs pourra révéler des lésions osseuses insoupçonnées. Il est vrai que la lecture des radiographies réclame une certaine expérience et que ce diagnostic peut présenter des difficultés avec le rachitisme et la maladie de Barlow, mais un médecin averti trouvera dans cet examen des renseignements précieux qui lui permettront fréquemment de reconnaître une syphilis en activité dans des cas où tous les autres moyens d'investigation auront échoué.

S. Fernet.

Istambul Seririyati (Stamboul).

Le but visé et l'effet des traitements actuels au cours des affections cutanées, par Selim Sabri. *Istambul-Seririyati,* 1933, n° 2, p. 495.

Extrait d'une conférence faite par le Prof. C. Moncorps à la Société Dermatologique de Munich.

Robert Abimélek (Stamboul).

Leishmaniose cutanée ou Bouton d'Orient, par Holousi Behdjet. *Istambul Seririyati,* 1933, n° 3, p. 507, texte français.

C'est la communication faite au Congrès International d'Hygiène Méditerranéenne à Marseille. Étude très détaillée de l'entité morbide, qui ne possède pas moins de 45 dénominations.

Le bouton d'Orient est décrit et classé à partir du XVIIIe siècle. A Stamboul, il a été étudié par Nicolle et Noury bey en 1889 et par Djelal Mouktar en 1897.

Le parasite du bouton d'Orient a été découvert par J. Wright en 1903. En 1918, Nicolle a réussi à le cultiver et fait connaître la similitude de ce parasite avec celui de Roger dans le kala-azar. Il a réussi à l'inoculer au chien, Laveran à la souris. M. Hodara s'est occupé des lésions histologiques.

La distribution géographique du bouton d'Orient s'étend d'après Nicolle depuis le Maroc jusqu'aux Indes.

Dans plusieurs localités de Turquie, notamment dans les districts orientaux et vers la frontière syrienne, le bouton d'Orient est endémique.

On le voit en Syrie, Palestine, Mésopotamie, Arabie, Caucase, Turkestan, Perse, Afghanistan et dans diverses contrées de l'Inde ; au Maroc, en Tunisie, Tripolitaine, Algérie, Égypte, Soudan, Grèce, Italie,

Espagne, à Marseille, en Turquie d'Europe, à Andrinople, aux Dardanelles, à Stamboul.

Parasitologie. — L'agent causal décrit par Wright et dénommé *Helcosoma tropicum*, n'est pas facile de distinguer dans les cultures et préparations de celui de Leishman et Donovan, lequel donne lieu au kala-azar.

Neumann, Patton et Higoumenakis ont soutenu avoir rencontré les parasites dans la circulation périphérique après injection d'émétine. Ce fait n'a pu être confirmé dans les recherches effectuées par les dermatologistes français et turcs.

Comparativement à la méthode par coloration, l'auteur, se basant sur ses investigations poursuivies depuis 1923, affirme qu'on peut voir d'une manière plus rapide, les parasites aux mouvements amiboïdes sous l'ultra-microscope.

Le mouvement des parasites donne lieu à des figures différentes. A 40-45 degrés, les mouvements augmentent, vers 65-70 degrés ceux-ci s'arrêtent. Dans les localités où le bouton d'Orient règne de façon endémique, l'affection s'observe chez le chien. Il en est de même pour le kala-azar. L'inoculation à la souris a donné lieu à une forme généralisée. Certains observateurs ont relevé une différence dans les réactions entre les leishmanioses viscérales et cutanées. Les observations cliniques confirment ce point de vue.

Transmission. — Le rôle joué par les phlébotomes a été étudié tour à tour par différents observateurs, tels que Pressat, Sergent, Adler, Parrot, etc. Houlousi Behdjet lui-même, prenant en considération les localisations sur les parties découvertes, accusa divers insectes tels que mouches, moustiques, etc. Il ne croit pas que les puces et les punaises aient à jouer un rôle, non plus les tiques des chiens. En Turquie aussi bien qu'en Crète, on n'a jusqu'ici pu révéler l'infection chez le chien. La saison la plus propice à la propagation comprend les mois d'avril et de septembre ou octobre.

Robert Abimélek (Stamboul).

Pratik Doktor (Stamboul).

A propos des leishmanioses cutanées, par Houlousi Behdjet. *Pratik Doktor*, 1933, nos 1-2, p. 290,

C'est le texte d'une communication faite au Congrès International d'Hygiène Méditerranéenne à Marseille. Se référer à l'analyse du n° 3 de l'*Istanbul Seririyati.*

Robert Abimélek (Stamboul).

Dermatoses mycosiques. III, par Djevat Kerim. *Pratik Doktor*, 1933, nos 1 2, p. 294.

Dans cette publication, l'auteur étudie les onychomycoses faviques et trichophytiques, les trichophyties superficielles et profondes.

L'article se limite de façon concise et claire à la symptomatologie et au diagnostic différentiel de ces entités morbides.

ROBERT ABIMÉLEK (Stamboul).

Notions pratiques sur le traitement électro-physique des maladies cutanées et vénériennes, par DJEVAT KERIM. *Pratik Doktor*, 1933, nos 1-2, p. 300.

Suite et fin d'une série d'articles dans lesquels les maladies sont rangées par ordre alphabétique. Dans ce dernier article sont mentionnés les traitements physiques du sycosis, des tatouages, de la trichophytie, de l'ulcus *cruris*, des ulcères radiologiques, de l'urticaire, des verrues planes et vulgaires, du xanthélasma, du *xeroderma pigmentosum* ; puis viennent les maladies vénériennes : bubons, *condylomata acuminata*, arthrites gonococciques, épididymites gonococciques, abcès uréthraux, canaux para-uréthraux, infiltration para-uréthrale, prostatite subaiguë et chronique, paramétrite subaiguë et chronique.

ROBERT ABIMÉLEK (Stamboul).

Askeri Sihhiye Mecmuasi (Stamboul).

Lappenéléphantiasis (Eléphantiasis à lambeau) de la tête, par EKREM CHADI. *Askeri Sihhiye Mecmuasi*, p. 27.

Il s'agit d'un conscrit de la classe 1909 ; le début de l'affection remonte à 1917, alors que le malade était âgé de 8 ans. C'était alors une petite tumeur dure, de la grandeur d'une noix, siégeant à l'occiput, près de la nuque. Ulcérée par le grattage, cette tumeur prit peu à peu, dans l'espace de 10 ans, des proportions énormes.

Actuellement, c'est une masse flasque qui s'allonge de la tête jusqu'au sommet de l'omoplate droite.

Le malade présente sur le visage, sur le dos et sur la poitrine, une multitude de petites tumeurs, atteignant la grandeur d'une noisette. Au niveau de la mâchoire gauche on voit un nævus.

A l'ablation chirurgicale de la tumeur, celle-ci pesait 1.341 grammes.

L'auteur, passant en revue la littérature médicale, s'étend sur l'éléphantiasis, tel qu'il a été décrit par Besnier. Il parle de l'éléphantiasis survenant en Égypte, au Japon et au Brésil, de son agent pathogène, envahissant les vaisseaux lymphatiques.

Il parle de l'éléphantiasis observé à la suite de poussées répétées d'érysipèle.

L'auteur mentionne l'éléphantiasis congénital, l'éléphantiasis *graecorum* ainsi que les cas d'éléphantiasis sporadiques survenant chez des individus jeunes sans cause déterminée. Il y a des éléphantiasis associés à des neuro-fibromes. Ces tumeurs s'accompagnent de troubles pigmentaires. L'auteur considère le cas comme un éléphantiasis en lambeau, ayant pris naissance d'un des fibromes dont est atteint le malade.

(D'après la description ci-dessus, cette entité morbide rentrerait dans le cadre de la maladie de Recklinghausen.)

ROBERT ABIMÉLEK (Stamboul).

Izmir Klinigi (Smyrne).

Syphilis gommeuse du poumon, par NECHAT EUMER. *Izmir Klinigi*, 1933, n° 3, p. 180.

Après quelques notes bibliographiques, l'auteur décrit une observation personnelle.

Il s'agit d'un homme de 49 ans, souffrant depuis 3 mois de toux et d'expectoration sanguinolente. Température vespérale : 37°-38°5.

Le malade a contracté la syphilis 15 années auparavant et a été traité d'une façon irrégulière et incomplète. Il fume une vingtaine de cigarettes par jour.

A la face et sur les extrémités, présence de syphilides papulo-croûteuses. Adénopathie cervicale et axillaire. Tension artérielle normale.

L'haleine est fétide, les gencives sont enflammées.

Appareil respiratoire. — A droite, depuis le sommet jusqu'à la base, matité. La respiration est très diminuée, on entend des râles.

L'appareil circulatoire et les autres organes, notamment le foie et la rate ne présentent rien d'anormal. Urines également normales. Les crachats sont muco-purulents, ils ne contiennent pas de bacilles de Koch. Le sang montre une légère diminution du nombre de ses globules rouges et de la quantité d'hémoglobine, avec légère leucocytose. La formule leucocytaire est équilibrée.

La sédimentation est un peu accélérée.

La réaction de Wassermann dans le sang est fortement positive : + + + +.

La radiographie de la poitrine montre une opacité du côté droit, au niveau des 6e et 7e côtes.

Cette opacité à limites peu nettes, présente une forme vacuolaire.

Le malade fut soumis à un traitement spécifique mixte qui consista en 24 injections de cyanure de mercure à 0 gr. 01 et 5 gr. 15 de néosalvarsan plus 3 grammes d'iodure de potassium par jour pendant longtemps.

Dès le début du traitement, l'état général se releva sensiblement. Augmentation de poids de 13 kilogrammes. Les syphilides papulo-croûteuses disparurent, le tableau radiologique présenta une régression notable et progressive.

ROBERT ABIMÉLEK (Stamboul).

Syphilis et tuberculose, par S. NÉCHATI. *Izmir Klinigi*, 1933, n° 3, p. 194.

Malade âgé de 38 ans, toussant depuis 3 ans et expulsant des crachats tantôt purulents, tantôt tachés de sang, en quantité variable, allant jusqu'à remplir 2 tasses à café par jour. Un peu de fièvre le soir.

Avant 15 ans, le malade a eu une petite plaie sur la verge qui a disparu spontanément au bout d'un mois. Sa mère a fait 2 fausses couches. Une sœur est morte de tuberculose.

Appareil respiratoire. — A droite, matité allant en avant jusqu'à la 2e côte, en arrière jusqu'à un travers de doigt au-dessous du sommet de l'omoplate. Toujours du même côté, au niveau de la fosse claviculaire, râles crépitants moyens ; en arrière, au sommet, râles crépitants grêles et, sous la crête de l'omoplate, râles crépitants moyens. Au niveau du sommet de l'omoplate, respiration rude et soufflante.

Les autres organes ne présentent rien d'anormal. Le Bordet-Wassermann dans le sang est + + + +. La sédimentation : 1re heure, 72 ; 2e heure, 100 millimètres. Dans les crachats, pas de bacilles de Koch. La radiographie du thorax révèle à droite, vers la base du poumon, une opacité irrégulière de la grandeur d'un œuf de pigeon et, à la partie plus extrême, une cavité de la grandeur d'une noix. Aux alentours des bronches, quelques autres opacités.

Le malade fut traité par des injections de néosalvarsan de 0,30-0,45 et par des injections de biiodure de mercure. Ce traitement dut être interrompu au bout de la quatrième semaine d'une part, par suite d'une gingivite mercurielle et, d'autre part, par ce que les injections de néosalvarsan étaient suivies chaque fois d'une réaction fébrile. Vers la quatrième semaine, le malade eut une hémoptysie.



Après quelques tentatives infructueuses, l'auteur est arrivé à dépister finalement des bacilles de Koch dans les crachats.

Comme suite à son observation, l'auteur s'étend sur les symbioses tuberculose-syphilis et cite entre autres les travaux de Sergent et de Ricord. Robert Abimélek (Stamboul).

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

Les affections mycosiques et leur répression en Volynie au point de vue social et économique, par L. S. Sirota et S. O. Khiguère. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, no 8, août 1932, pp. 1-11.

Les mycoses du cuir chevelu et de la peau ont toujours été très répandues en Ukraine et particulièrement en Volynie ; elles ont pris le caractère d'un fléau social, surtout pendant la guerre. Ultérieurement, grâce à des mesures systématiques, le taux des dermatomycoses tend à baisser. Les auteurs étudient la fréquence de ces affections de 1925 à 1930 inclusivement. Les chiffres baissent progressivement de 231 en 1925 à 152 en 1930. Le taux moyen des mycoses par rapport au nombre total des dermatoses en général est de 6,1 o/o. En 1925 et 1926, c'est le favus qui prédomine, mais depuis 1927, c'est la trichophytie qui prend le dessus. Les garçons sont atteints plus souvent que les fillettes, exception faite pour 1928. L'âge le plus atteint est de 6 à 10 ans, mais les auteurs soulignent la grande fréquence des malades parmi les nourrissons. Il y eut une diminution progressive à partir

de la quinzième année, mais les auteurs ont cependant observé un malade de 58 ans. Le nombre des malades venus au cours de la première année de leur affection augmente de plus en plus, mais il y a toujours des sujets venus seulement au bout de longues années de maladie. A noter un nombre élevé de familles dont tous les membres étaient atteints de mycoses. Il fallait les examiner en détail et les traiter tous ensemble, de crainte de voir dans la suite des récidives. Chaque année, le nombre des malades venus de la campagne s'accroît, ce qui est un heureux symptôme. Ce sont les Juifs qui sont le plus souvent atteints de mycoses, à cause de leur habitude d'avoir toujours la tête couverte. Les classes pauvres et vivant dans la promiscuité sont naturellement celles qui fournissent le plus de malades. Les élèves des écoles sont souvent atteints de mycoses, mais le nombre de ces malades baisse toujours. Quant aux formes cliniques, le favus pityriasiforme se rencontre assez souvent, toutefois la forme en godets prédomine naturellement. Les mycoses sont assez souvent localisées à la peau glabre et n'occupent pas seulement le cuir chevelu. Parmi les moyens curatifs, les auteurs vantent la solution de formaline à 5 o/o employée pour les lavages de tête, après l'irradiation rœntgénologique. Ils insistent sur les mesures prophylactiques indispensables. BERMANN.

La syphilis dans la région d'Apchéron en Caucase du Nord, par P. W. KOJEVNIKOFF. *Sovietsky Vestnik Venérologii i Dermatologii*, nº 8, août 1932, pp. 11-17.

La presqu'île d'Apchéron est une région industrielle et agricole, possédant des puits de naphte, des plantations de tabac, des forêts et des communes rurales. L'auteur a étudié cette région au point de vue de la fréquence de la syphilis et des mesures à prendre pour la combattre. Il a examiné 913 sujets adultes et 500 enfants ; en plus, il a examiné 100 personnes dont 28 syphilitiques, presque tous tertiaires. Parmi les enfants, il a constaté 3 cas d'hérédo-syphilis et parmi les adultes, 43 syphilitiques et 12 suspects, donc en tout 55 malades. Ces malades étaient principalement des aborigènes. Le stade le plus répandu était le stade tertiaire, tandis que les formes primaire et secondaire étaient rares. D'après les dires des vieillards, la syphilis a été apportée dans ce pays pendant les guerres russo-chinoise de 1900 et russo-japonaise de 1904-1905 lorsque la plupart des cosaques sont revenus syphilitiques. L'âge des hérédo-syphilitiques prouve que la syphilis remonte bien à cette époque.

Quant aux méthodes de lutte contre la syphilis, l'auteur remarque que le traitement doit être mis à la portée des malades qui doivent être soignés par des aides-médecins compétents et consciencieux. Le médecin vénérologue du centre de la région ne doit que les instruire, contrôler leur travail, faire des excursions périodiques pour examiner les suspects, prendre le sang pour les séro-réactions. A des dates fixées d'avance, il doit visiter les lieux les plus éloignés, vérifier l'activité de

l'aide-médecin, l'instruire, le perfectionner et examiner les cas difficiles. Pour les malades contagieux, le centre doit posséder un petit service où l'on puisse les hospitaliser. La prophylaxie, l'instruction sanitaire et le traitement précoce doivent avoir un caractère systématique et énergique, tant à la périphérie qu'au centre de la région.

BERMANN.

Sur le vrai et faux érysipèle chez les lépreux, par G. P. MILACHE. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nº 8, août 1932, pp. 17-21.

L'auteur rapporte 3 cas d'érysipèle vrai, streptococcique, observés chez des lépreux. Le premier cas se rapporte à un malade de 36 ans atteint de lèpre tubéreuse. Les vésicules et les bulles de la face contenaient des streptocoques. Au bout de 6 jours, son voisin, âgé de 23 ans, contracta également l'érysipèle qui se compliqua de septicémie streptococcique avec mort au bout de 11 jours. Après quelques jours, un troisième malade, âgé de 42 ans, qui se trouvait dans la même salle, présenta également un érysipèle vrai à streptocoques qui guérit en 9 jours. Ces observations prouvent la possibilité de l'éclosion du processus érysipélateux chez les lépreux et la gravité de son évolution chez eux, ce qui est en contradiction avec les observations d'autres auteurs qui décrivent la marche bénigne de l'érysipèle chez les lépreux. La cause en est le diagnostic inexact, ces auteurs prenant l'érysipèle faux pour le vrai. Dans le faux érysipèle que l'auteur a étudié sur 24 cas personnels, il n'y a pas d'extension épidémique, ni de résultats positifs aux examens bactérioscopiques et bactériologiques. La rougeur et la tuméfaction n'ont pas de limites nettes, le processus se localise aux régions atteintes de processus lépreux. Les manifestations lépreuses situées en dehors des régions affectées se congestionnent et se tuméfient également, par action à distance. Ces complications érysipélatoïdes ont une marche bénigne, malgré le début brusque et alarmant. Les endroits atteints de faux érysipèle présentent ensuite une disparition fréquente des accidents spécifiques, l'infiltration et les tubérosités lépreuses diminuent et se résorbent.

BERMANN.

Essai de traitement de certaines affections cutanées par la diathermie, par S. M. KABATCHNIK et L. N. MACHKILLEISON. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nº 8, août 1932, pp. 21-25.

Après quelques données bibliographiques, les auteurs rapportent les résultats obtenus par la diathermie chez 54 malades âgés de 18 à 45 ans atteints de dermatoses variées. Dans 36 cas, la diathermie était indirecte et agissait sur la colonne vertébrale et dans 18 cas, elle était directe, en action locale sur la maladie même. La diathermie indirecte appliquée sur le système nerveux sympathique donne de bons succès dans la dyshidrose et l'eczéma dyshidrosique. La diathermie directe est surtout indiquée dans les dermatoses atrophiques et sclérodermiques où les auteurs ont obtenu de très bons résultats.

BERMANN.

Sur l'oscillation de la capacité réactive de la peau chez la femme en fonction du cycle ovarien et menstruel, par A. A. Kroïtchik et A. J. Lébédeff. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 8, août 1932, pp. 25-31.

Les auteurs ont employé les épreuves pharmacodynamiques, en injectant dans le derme de l'adrénaline, de la morphine et du sérum physiologique avant, pendant et après les règles chez des femmes atteintes de dermatoses variées (82 cas), de blennorragie (2 cas), de chancre mou (3 cas), de syphilis primaire, secondaire et tertiaire active (en tout 36 cas) et de maladies internes (22 cas). Les résultats des dermo-réactions ont été les suivants : à la période prémenstruelle, la réaction vaso-constrictive (adrénalinique) était : négative dans 34,4 o/o des cas, faiblement positive dans 51 o/o, très positive dans 14,6 o/o ; à la période menstruelle : négative dans 43 o/o des cas, faiblement positive dans 55,5 o/o et très positive dans 1,5 o/o ; à la période post-menstruelle : négative dans 55,5 o/o des cas, faiblement positive dans 43 o/o et très positive dans 1,5 o/o. La réaction lymphagogue (morphinique) a donné les résultats suivants : avant les règles, négative dans 3,6 o/o des cas, faiblement positive dans 48,9 o/o, très positive dans 46,5 o/o ; pendant les règles : négative dans 0,75 o/o des cas, faiblement positive dans 10,9 o/o, très positive dans 88,35 o/o ; après les règles : négative dans 7,3 o/o des cas, faiblement positive dans 39,5 o/o, très positive dans 53,2 o/o.

Se basant sur leurs recherches personnelles et les données bibliographiques, les auteurs concluent ainsi : Les tests pharmacodynamiques représentent une méthode biologique précieuse pour l'étude des facultés réactives de la peau en général et chez les femmes en particulier. Pendant la menstruation, chez la plupart des femmes, la réaction lymphagogue prédomine sur la réaction vaso-constrictive. La réaction lymphagogue s'accroît à partir de la période intermenstruelle jusqu'à la période menstruelle, c'est donc une vagotonie. La réaction vaso-constrictive s'affaiblit durant cette époque, c'est donc une sympathicotonie. Les oscillations intenses de la capacité réactive de la peau chez la femme en rapport avec le cycle ovarien doivent être prises en considération pour l'administration des remèdes sympathico ou vagotoniques.

Bermann.

Les troubles de l'activité fonctionnelle du foie chez les syphilitiques, par J. P. Bratzlavsky et D. G. Taulbermann. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 8, août 1932, pp. 31-41.

Après une étude bibliographique, les auteurs décrivent leurs recherches personnelles faites chez 109 malades syphilitiques de tous les stades, dont ils ont examiné les urines et le sang et pour certains, le suc duodénal. Voici leurs résultats : la tension superficielle de l'urine était diminuée dans 24 cas (22 o/o) dont 6 ont présenté bientôt un ictère et 1 une dermatite. L'urobiline et l'urobilinogène étaient ou bien en défaut ou en petites quantités dans les urines de la plupart des malades.

La bilirubinémie n'était constatée que dans 14 o/o des cas. La bilirubine était augmentée dans le suc duodénal de 37 o/o des malades, et l'urobiline dans 62,5 o/o, principalement dans les stades avancés de la maladie. L'albumine était en quantité normale dans la bile. L'hyperglycémie alimentaire a été trouvée dans 42,4 o/o des cas.

Les auteurs ont noté des troubles fonctionnels du foie chez 44 malades, soit 40 o/o. C'étaient pour la plupart des malades ayant eu dans le passé le typhus, le paludisme, la dysenterie, le choléra, l'alcoolisme, etc. Naturellemen, leur foie affaibli supportait moins bien le poison hépatique qu'est le salvarsan que les malades dont le foie était sain. Chez les malades à troubles fonctionnels du foie, les recherches de laboratoire permettaient de prédire un ictère ou une dermatite (13 cas en tout). Les réactions les plus sensibles ont été la recherche de l'urobiline dans le suc duodénal et l'hyperglycémie alimentaire. Ces réactions étant difficiles à faire couramment, les auteurs conseillent de se contenter de la recherche de la tension superficielle des urines qui est une épreuve assez sensible. Dans les cas graves, toutes les réactions étaient modifiées et coïncidaient avec la clinique. Dans les cas légers, il n'y avait qu'une réaction modifiée et alors de parallélisme avec la clinique manquait.

Les auteurs analysent en détail les troubles hépatiques fonctionnels à chaque stade et l'influence du traitement sur ces troubles.

BERMANN.

Qui doit soigner la blennorragie, l'aide-médecin ou le médecin? par A. M. GASTARIAN. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 8, août 1932, pp. 44-47.

L'auteur étudie le problème de la pratique des lavages uréthraux, au point de vue de son exécution au dispensaire antivénérien. Auparavant, c'était toujours l'aide-médecin, car le médecin ayant au moins 50 malades par jour ne faisait que de contrôler le patient ou l'examinait seulement en cas de complication. Or, le lavage, d'après Janet, étant une manipulation délicate, ne se faisait pas toujours rigoureusement bien et les malades en souffraient et se plaignaient. Dans la plupart des dispensaires, ce sont actuellement les médecins qui pratiquent les lavages, en traitant 25-30 malades par jour.

L'auteur étudie un groupe de 300 malades soignés par l'aide-médecin en 1930 et un autre groupe de 300 malades traités par le médecin en 1931. Les complications étaient au nombre de 31 o/o dans le premier groupe et de 18,3 o/o dans le second. Le nombre des visites était de 52,17 dans le premier groupe et de 42,19 dans le second. Ces chiffres, ainsi que les avis favorables des malades mêmes, prouvent que le traitement de la blennorragie ne doit être fait que par le médecin lui-même.

BERMANN.

La rœntgénographie dans les rétrécissements de l'urètre, par B. F. Petchersky, F. J. Strokoff et I. F. Chichoff *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 8, août 1932, pp. 47-54.

Les auteurs se sont servis de la radiographie pour le diagnostic des rétrécissements uréthraux. Leur choix s'est arrêté aux injections d'iodure de sodium à 10-12 o/o, qui est une substance non irritante et bon marché. La radiographie de l'urèthre antérieur se faisait après injection uréthrale de la substance opaque (20 à 40 centimètres cubes) en position assise. Pour la radiographie de l'urèthre postérieur, le liquide était d'abord introduit dans la vessie (200-300 centimètres cubes) et l'examen se faisait lors de la miction du malade, en position couchée, à quoi il fallait parfois un peu d'habitude au malade. Les auteurs proposent le terme de cysto-uréthrographie pour l'exploration rœntgénologique de l'urèthre postérieur. Leurs études leur font tirer les conclusions suivantes : La radiographie uréthrale est une méthode qui présente une valeur très précieuse, supérieure souvent à l'uréthroscopie. Elle permet de juger non seulement de l'état de la structure même, mais aussi de la partie située en arrière du rétrécissement, surtout s'il y en a plusieurs. La méthode permet de décider le choix du mode opératoire et d'en contrôler les effets. En cas de traitement par la dilatation, l'uréthrographie permet de suivre les progrès de cette thérapeutique.

Bermann.

Cinq cas de dermatose arsenicale, par A. M. Zemels. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 8, août 1932, pp. 55-56.

L'auteur a observé cinq cas de dermatose arsenicale chez des ouvriers qui ont déchargé des tonneaux remplis d'anhydride arsénieux (arsenic blanc). Au cours du déchargement, les tonneaux mal bouchés ont répandu des poussières irritantes. La dermatose a paru 2-3 jours après le contact avec les poussières nocives. La durée de cette affection a varié de quelques jours à 1 mois et demi et plus. La dermatose était localisée aux parties génitales, aux cuisses, aux aines, aux aisselles et à la face, aux endroits le plus soumis à la transpiration. Tout d'abord, il y avait un érythème suintant qui ensuite s'impétiginisait, ou se couvrait d'ulcérations, de rhagades ou de pustules. Certaines lésions rappelaient le pigeonneau. Chez un alcoolique, la maladie a été très traînante et grave. La dermatose primaire est un eczéma qui, par infection secondaire, devient polymorphe, croûteux, fissuré, etc. L'auteur attire l'attention sur la prophylaxie de ces affections qui doit consister en l'emballage hermétique des produits chimiques nocifs et en une hygiène rigoureuse du corps des travailleurs qui les manient.

Bermann.

Les succès de l'ionothérapie au zinc pour les ulcères rœntgénologiques, par B. N. Chamoniloff. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 8, août 1932, pp. 56-57.

Le malade de l'auteur est un imprimeur de 29 ans qui a reçu en

3 mois 10 séances de rayons X pour un eczéma des deux avant-bras. Un mois après la dernière séance, ses deux avant-bras se sont couverts d'ulcères profonds et douloureux rebelles à tout traitement, y compris les greffes plastiques. Vu l'échec de ces soins, l'auteur a décidé d'employer l'ionothérapie au zinc, méthode proposée par Woloff. Après 20 séances, le malade fut presque guéri ; il continua son traitement en policlinique. Localement, on n'appliquait que de la vaseline stérilisée. Les douleurs ont cessé assez rapidement. La guérison totale a été acquise en 4 mois environ. BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Les grossesses gémellaires, par M. Favreau et S. Beurois. N. Maloine, Paris. 1 vol. 74 pages, 1933.

Les auteurs ont fait dans ce mémoire une mise au point des idées actuelles assez controversées sur les grossesses gémellaires et en particulier sur leur origine. Les grossesses gémellaires biovulaires et uniovulaires n'ont de commun que leur nom de gémellaire et l'évolution simultanée des fœtus. La grossesse biovulaire, qui est le résultat de la fécondation de deux ovules, donne naissance à des jumeaux paternels ; la grossesse uniovulaire provient de la fécondation d'un seul ovule et donne naissance à des jumeaux toujours identiques, toujours du même sexe. L'origine de la grossesse uniovulaire reste en question. Il serait important de déterminer le rôle de la syphilis dans la grossesse uniovulaire, par la recherche systématique de la réaction de Bordet-Wassermann, l'examen clinique approfondi des malades et l'étude de leurs antécédents.

Dans la grossesse biovulaire, la méthode des injections et la radiostéréoscopie permettra une étude minutieuse de tous les placentas, et d'établir la réalité des connexions vasculaires entre les deux circulations ; dans le premier cas de vérifier s'il en découle des conséquences dans l'espèce humaine (Free-Martinisme). La pratique de la radiographie au cours de la gestation a considérablement diminué les difficultés du diagnostic et les surprises de l'accouchement. Le médecin pourra plus facilement se mettre à l'abri d'un accouchement prématuré et parer à la dystocie. H. Rabeau.

La technique de la curiethérapie, par le Dr Simone Laborde. Librairie Gauthier-Villars, 1933. 1 vol. in-8° de 118 pages avec 12 fig.

Le livre de Mme L. fait partie de la collection d'actualités physiothérapiques ayant pour but de faire connaître les ressources des différents traités de la physiothérapie. A ce titre, il intéresse les dermatologistes pour lesquels il sera un guide précieux. L'auteur nous fait bénéficier d'une expérience déjà longue et s'est attaché à mettre en valeur l'étroite dépendance qui relie la technique de la curiethérapie, les lois physiques du rayonnement et les principes généraux de la radiobiologie. C'est par un exposé de ces principes généraux que commence le livre : facteurs de radiosensibilités, influence du mode de distribution des doses de rayonnement, vaccination, influence des différentes qualités de rayons et mécanisme de leur action, action directe et indirecte. Puis l'auteur précise l'emploi des différentes qualités de rayonnement et décrit les appareils permettant leur utilisation. Il indique le mode de

répartition du rayonnement dans les tissus et par suite de détermination de la dose et des durées d'irradiation. Il termine par les notions de dosimétrie : appareils de mesure, données d'une application. Les constantes physiques d'usage courant sont groupées en des tableaux réunis à la fin de ce volume, qui présente sous une forme claire et volontairement didactique, les notions indispensables à ceux qui veulent s'initier à cette thérapeutique. H. RABEAU.

Etude sur le lupus érythémateux, par P. SOLOMONOVICI. *Thèse,* n° 1414, Genève, 1932.

Ce travail, fait à la clinique dermatologique du Prof. Du Bois, envisage l'étiologie, la pathogénie, le traitement du lupus érythémateux et donne un court aperçu historique et étiologique des tuberculides en général. La nature tuberculeuse de cette affection, malgré qu'on n'ait pu apporter de preuves absolues, est la plus généralement admise. Pourtant, dans un certain nombre de cas, cette étiologie ne peut être affirmée et semble souvent improbable. Un grand nombre d'observations ont fait attribuer à la syphilis un rôle important. Les observations personnelles de S. constituent un appui en faveur du rôle de la syphilis (2 malades sur 5 sont syphilitiques et présentent des antécédents suspects de syphilis héréditaire ; 4 malades sur 5 ont été très influencés par le traitement spécifique). Le rôle de la syphilis et notamment de l'hérédo-syphilis est probable dans une partie des cas, mais ne semble pas exclusif. Néanmoins, l'unité étiologique du lupus érythémateux ne peut être maintenue. Deux facteurs au moins contribuent à son apparition : la tuberculose et la syphilis. La syphilis semble surtout jouer un rôle prédisposant. L'idée la plus généralement admise est que le lupus érythémateux est de nature probablement tuberculeuse, mais son apparition est favorisée par le terrain spécifique. Trois médicaments : les sels d'or, le néosalvarsan, le bismuth. C'est ce dernier qui a donné à l'auteur les meilleurs résultats. H. RABEAU.

Le chancre syphilitique du col utérin, par V. P. MINAIRE. *Thèse de Lyon,* 1932.

Pour M., le chancre syphilitique du col utérin doit être considéré comme fréquent. Son identification doit reposer non seulement sur les caractères cliniques, mais avant tout sur la mise en évidence du tréponème soit au niveau de l'ulcération du col, soit dans le suc prélevé par ponction des ganglions inguinaux lorsqu'on les constate. Souvent l'ulcération du col est marquée par des lésions de métrite cervicale coexistante. Les injections vaginales antiseptiques peuvent aussi rendre momentanément négative la recherche du tréponème. Le chancre du col est le plus souvent observé chez les prostituées, l'absence de ganglions satellites fait qu'il passe le plus souvent inaperçu. De ce fait, il peut être une source de contamination prolongée. Aussi sa recherche doit être systématique dans les services de prophylaxie. H. RABEAU.

Contribution à l'étude de la valeur diagnostique de l'intradermo-réaction au vaccin antigonococcique, par M. Namei. *Thèse de Lyon*, 1932, 1 vol. in-8°, 96 pages.

Dans le service de Gaté, l'auteur a repris l'étude de l'intradermo-réaction au gonocoque, surtout au moyen du vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur, sur 119 malades.

Il faut considérer comme positives seulement les réactions franchement papuleuses, ou du moins un placard érythémateux ortié nettement infiltré, existant encore à la 48° heure. Il est rare que la réaction ne soit pas nette dès la 24° heure.

Sur 33 terrains n'ayant jamais eu de blennorragie, 1 seule réaction positive.

Sur 8 terrains ayant eu une blennorragie depuis longtemps guérie, 2 positives.

Sur 24 blennorragies aiguës, 92 o/o de résultats positifs, mais seulement 34 o/o chez les fillettes atteintes de vulvo-vaginite gonococcique.

Les complications de la blennorragie donnent un pourcentage voisin de 100 o/o, sauf les orchi-épididymites traitées par injections intraveineuses de vaccin antigonococcique qui donnent de nombreuses réactions négatives.

Après guérison, l'intradermo-réaction redevient négative.

La méthode de l'intradermo-réaction mérite donc d'être reprise et utilisée en clinique. A. Bocage.

Etude histologique de l'hépatite scléro-gommeuse, par P. I. Michel. *Thèse de Lyon*, 1930. Imprimerie Trévan. 1 vol. 130 pages, 7 planches.

Voici un beau travail du laboratoire du Prof. Favre et qui honore grandement l'école lyonnaise. Dans un premier chapitre M., après avoir fait l'historique de la question, établit en quelque sorte son état actuel. Il montre que les lésions de l'hépatite scléro-gommeuse sont beaucoup plus complexes qu'on ne les décrit classiquement. La sclérose et les gommes sont loin de résumer toutes les altérations observées ; il existe une série d'édifications, de reconstructions tissulaires, évoluant au sein de la sclérose sur lesquelles on a insuffisamment insisté et auxquelles on a donné une signification nosologique inexacte. Ayant exposé la technique histologique suivie, donné à côté des observations cliniques son matériel histologique, M. procède à l'étude histologique analytique de la syphilis hépatique scléro-gommeuse envisageant : 1° les lésions vasculaires ; 2° la sclérose avec les processus dégénératifs (les gommes) et les processus reconstructifs. Ils portent sur tous les tissus : *réédifications épithéliales* (pseudo-canalicules ou adénomes biliaires, scléro-kystes canaliculaires), *réédifications conjonctives* (scléroses myogènes, angiomes, néo-vaisseaux), *hyperplasies nerveuses.*

La dernière partie de ce mémoire est consacrée à l'histogenèse des gommes, et à l'histogenèse des images de reconstruction observées dans les foies scléro-gommeux. Deux théories sur la genèse des gommes

divisent actuellement les histopathologistes. La plus en cours tend à assigner à la gomme la valeur d'un nodule granulomateux surajouté à l'organe sur lequel il se développe, résultant de la fusion de follicules syphilitiques primitifs et aboutissant à la caséification par l'intermédiaire d'une toxine issue du virus syphilitique analogue aux toxines caséifiantes tuberculeuses. Les observations de gommes récentes faites par Tripier, Devic, Favre, Lesser, amènent les auteurs à considérer la gomme comme un véritable infarctus blanc, un séquestre organique, dans lequel l'architecture de l'organe est de tous points conservée.

Les édifications tissulaires diverses représentent un des aspects de l'inflammation chronique, l'aspect constructeur. Les cellules épithéliales dissociées par l'inflammation ne dégénèrent pas toutes ; celles qui subsistent, placées dans des conditions de vie différentes, se regroupent, en même temps que par une véritable métaplasie régressive elles prennent des caractères biliaires. Ainsi s'édifient ces adénomes, ces kystes,... qui ne doivent pas être considérés comme des tumeurs bénignes, mais bien comme des édifications de signification inflammatoire.

Il est permis de se demander, dit M., si une revision de la question des tumeurs bénignes ne s'impose pas, et si nombre de formations, actuellement considérées comme telles, ne sont pas le résultat d'inflammations chroniques, plus ou moins anciennes, dans lesquelles le processus reconstructeur a pris le pas sur les lésions destructives ou inflammatoires communes. H. Rabeau.

Contribution à l'étude des folliculites chroniques dépilantes du cuir chevelu, par J. Blaes. *Thèse de Strasbourg*, 1932. Les Éditions Universitaires. Strasbourg. 1 vol. 106 pages, 15 fig.

La question des folliculites cicatricielles du cuir chevelu, posée en 1888 par Laillier, Quinquaud puis Brocq, le fut de façon ambiguë. Brocq cependant, en précisant de façon magistrale son type de pseudo-pelade, y mit de la clarté. Dans le service et sous la direction du Prof. Pautrier, B. a repris l'étude de cette question et nous en donne une étude d'ensemble. Il en sépare d'abord la pseudo-pelade de Brocq, type parfaitement net et précis sur lequel tout le monde peut s'entendre, forme de folliculites sèches, sans folliculite suppurée, d'étiologie encore inconnue. Puis il distingue d'une part les « folliculites épilantes cicatricielles » et « l'acné décalvante », correspondant à des types parfaitement définis. Dans les folliculites épilantes cicatricielles, la lésion initiale est une folliculite suppurée staphylococcique, son aboutissant est la destruction du follicule pileux par processus pyogène et formation d'une cicatrice alopécique. Elles s'étendent en tache d'huile, lentement, mais inexorablement, arrivant à dépiler des zones très étendues. Ce type voisin du sycosis lupoïde de la barbe en est, en quelque sorte, l'équivalent au niveau du cuir chevelu.

Il donne le nom d' « acné décalvante » à un type morbide bien défini et tout différent du précédent ; processus pyogène aussi, mais

à points d'attaque nombreux, restant isolés, sans tendance à se fusionner avec les voisins ; cette grosse folliculite a peu tendance à se rompre. Ce sont des nodosités saillantes, bombées, pâteuses, parfois fluctuantes, au niveau desquelles les cheveux sont tombés. Ces petites collections suppurées laissent des cicatrices blanches, déprimées, atrophiques, ou au contraire fibreuses, chéloïdiennes, saillantes, cloutant la surface du cuir chevelu. Ces nodules rappellent parfaitement les lésion de l'acné indurée et parfois de l'acné phlegmoneuse, d'où le nom d' « acné décalvante » proposé. Il lui semble préférable à celui de « *Perifolliculitis abscedens et suffodiens* » sous lequel Erich Hoffmann l'a individualisé. H. RABEAU.

Maladie de la Peau et nutrition (particulièrement des dermatoses infantiles) (Hautkrankheiten und Ernæhrung (mit Berucksichtigung der Dermatosen der Kindesalters), par E. URBACH (avec 55 figures). Vienne, 1932, W. Maudrich, éd. (Une édition anglaise a paru simultanément à la même librairie).

Dans la tradition française de thérapeutique des dermatoses, les régimes ont toujours tenu une très grande place, qui, avouons-le, n'était pas toujours en rapport avec leur efficacité. Qu'il y ait de mauvais régimes, personne n'en doute ; mais qu'un régime alimentaire soit efficace en ce qu'il prescrit, et non en ce qu'il proscrit, c'est une autre question. La question s'est notablement modifiée dans un sens positif depuis plusieurs années ; l'excellent livre de U. en est un témoignage et montre que, à Vienne, patrie d'Hebra, la diététique des dermatoses prend une importance égale à celle que lui attribuaient Bazin, Hardy, puis Brocq, etc.

Cette évolution résulte d'abord des progrès considérables que la chimie n'a cessé de faire, et dont les questions de métabolisme, d'équilibre acide-base, etc., constituent autant de fragments. De plus, les intolérances alimentaires « localisées », les idiosyncrasies chimiques ont été singulièrement multipliées. Enfin, les recherches de Sauerbruch et Hartmanndorsfer sur l'influence exercée par le régime (diète) sur l'évolution des plaies, et les phénomènes singuliers et positifs déterminés par la cure achlorurée de Gerson dans les tuberculoses de la peau, ne laissent plus aucun doute sur le fait qu'un régime peut être une médication.

Naturellement, les dermatoses des nourrissons et de l'enfance sont un des meilleurs champs d'expérience de la diététique.

On ne saurait trop louer U. d'avoir écrit ce livre, en raison du travail énorme qu'il épargne au lecteur, désireux de s'instruire de toutes les données qu'on ne retrouve guère que très éparses. Ajoutons que tout y est réuni pour faciliter non seulement l'étude, mais encore la pratique de la diététique des dermatoses envisagée dans son sens le plus étendu et le plus concret.

C'est donc un livre excellent, non seulement pour l'instruction, mais aussi pour la pratique. CH. AUDRY.

Blennorragie des organes génitaux de la femme (Abrégé de pathologie, clinique et thérapeutique) (Gonorrhœ der weiblichen Genitalorgane. Ein Grundriss ihrer Pathologie Klinik und Therapie), par K. Joachimowitz. 1 vol. de 230 pages avec 51 figures en noir et en couleurs. Vienne, 1933, Maudrich, éd.

Cet excellent manuel a été rédigé par un élève de Bucura, c'est-à-dire par un gynécologue, ce qui explique le peu de connaissance des travaux français qui sont habituellement dus à des vénéréologistes. En fait, il faut remarquer que les gynécologues de langue allemande se préoccupent de la blennorragie féminine infiniment plus que leurs collègues français, ce dont il ne faut pas féliciter ces derniers.

Le livre de J. remplit parfaitement le but qu'il s'est proposé : réunir et répandre les connaissances éparses sur le sujet. On y trouvera reproduites en langage clair, et aidé par de bonnes et nombreuses figures, toutes les acquisitions classiques et récentes sur le gonocoque, sur la pathologie anatomique et clinique de la blennorragie de la femme.

Au moment où l'on s'occupe avec un intérêt croissant de la blennorragie féminine, cet excellent volume vient à son heure. Je regrette cependant de n'y trouver aucun renseignement sur les arthropathies blennorragiques de la femme, qui ne sont pas tout à fait semblables à celles de l'homme. La thérapeutique est largement exposée, mais à un point de vue à peu près exclusivement allemand : il n'y est nullement parlé du curettage de l'utérus que nous considérons bien souvent comme un élément fondamental de la thérapeutique. Il semble aussi que l'usage des vaccinations locales soit plus ancien chez nous, etc.

En tous cas, il est impossible de trouver un meilleur exposé des nombreux et importants travaux de langue allemande, exposé rédigé par un bon esprit, et dont la lecture rendra les plus grands services à tous les médecins qui s'intéressent à ces questions. Ch. Audry.

Thérapeutique moderne de la neurosyphilis, par Bernhardt-Dattner, préface de J. Wagner-Jauregg. 1 vol. de 334 pages, avec 36 fig., 36 tableaux, 9 courbes et 8 fig. en couleurs, 1933, chez W. Maudrich, Vienne (Autriche). 22 RM.

Dans ce livre, l'auteur réunit, comme le dit Wagner-Jauregg, son érudition et son expérience personnelle de la syphilis nerveuse dans ses multiples manifestations humorales et cliniques, avec les traitements appropriés à chaque cas.

Comme il convenait, le livre commence par l'étude de la ponction lombaire et sous-occipitale (technique, avantages, inconvénients), puis du liquide céphalo-rachidien normal et pathologique. Ici D. expose les techniques d'investigation les plus usitées en Allemagne (réactions de l'albumine, étude cytologique, méthodes de floculation, d'hémolyse et étude de la perméabilité).

Un chapitre est consacré à l'interprétation étroite des altérations, tant physico-chimiques que biologiques, du liquide céphalo-rachidien au

cours de la syphilis. Le pronostic et la valeur clinique des liquides négatifs et des liquides positifs sont étudiés avec soin.

Tout naturellement découlent les grands syndromes humoraux de la syphilis nerveuse : paralysie générale, tabès, syphilis cérébro-spinale, liquides pathologiques de la syphilis latente tardive, syndromes atypiques.

A chacun de ces syndromes, s'opposent des traitements variés que l'on peut associer. Chacun sait la valeur de la malariathérapie (fièvre tertiaire ou quarte d'inoculation) dont l'auteur expose avec compétence la technique, les contre-indications, les dangers et les résultats. A la malaria, s'ajoutent : la fièvre récurrente et le sodoku artificiels, qui lui sont inférieurs.

Il existe aussi un traitement par germes non virulents (vaccins, cultures de spirochètes) et par substances d'origine microbienne ou par substances chimiques non spécifiques. Bien entendu, la chimiothérapie est longuement étudiée (arsenic sous toutes ses formes, bismuth) soit seule, soit associée à des procédés divers (traitement endolombaire, drainage du liquide, injection d'air) ou aux méthodes physico-chimiques telles que la diathermie, les bains chauds et les irradiations.

Restait à connaître les résultats de tous ces procédés thérapeutiques et à les comparer entre eux. D. traite ce dernier et important chapitre avec de grands détails et avec une compétence personnelle dont on trouve partout la preuve.

Livre intéressant, bien fait, instructif pour syphiligraphes et neurologues et que complètent une bonne table des matières et une bibliographie solide. L. Chatellier.

Asthme-eczéma, asthme-prurigo et neurodermite, maladies allergiques (Asthm-Ekzem, Asthma-Prurigo und Neurodermitis als allergische Krankheiten), par G. A. Rost et A. Marchionini, in *Würburger Abhandlungen*, t. XXVII, fasc. 10. 63 pages avec 29 figures, chez Curt Kabitzsch, Leipzig, 1932, Prix 5,6 R. M.

On sait depuis longtemps les rapports entre l'asthme et certaines éruptions prurigineuses. Ils se sont éclairés, depuis que les notions d'allergie et de disposition ont trouvé place en médecine. Mais à l'allergie, se sont ajoutées l'idiosyncrasie, l'anaphylaxie, tant et si bien que règne aujourd'hui une certaine confusion dans la classification des maladies dites allergiques, les uns étendant chaque jour le cadre de l'allergie et de ses manifestations, les autres, dont Rost, s'efforçant d'en préciser les contours et caractères.

Rost distingue les maladies allergiques au sens strict, qui se développent sur un fonds congénital, et les maladies allergiques au sens large. Dans les premières, il range l'asthme-eczéma, l'asthme-prurigo et la neuro-dermite, où « la disposition allergique au sens strict » se traduit par des « stigmates », qui permettent d'établir un type corporel particulier. A cette disposition correspond la diathèse exsudative de Czerny,

dont les manifestations cutanées constituent « l'eczématoïde exsudative » ; elles sont précoces et propres à la première enfance, ou tardives et propres à la deuxième enfance et à l'adulte. Cette eczématoïde exsudative » constitue une affection particulière, qui se différencie des autres affections allergiques : l'eczéma et la dermite toxique. A cette eczématoïde précoce se rattachent l'eczéma séborrhéique des jeunes enfants et nombre d'eczémas de l'enfance. A l'eczématoïde tardive, les neuro-dermites, certains prurigos et certains eczémas. R. et M. précisent les caractères cliniques de ces deux formes, mais la différence avec l'eczéma vrai et la dermite toxique est souvent difficile à établir. Aussi se sont-ils efforcés d'étudier les diverses manifestations morphologiques, pathophysiologiques propres à chacune d'elles. C'est ainsi qu'ils ont comparé, chez 799 malades (eczématoïdes, eczéma, dermite toxique), les antécédents héréditaires, les antécédents personnels, les localisations principales, l'influence des saisons, la constitution générale, les réactions vasculaires, le chimisme gastrique, le métabolisme des graisses, des hydrates de carbone, le métabolisme basal, la morphologie sanguine, les réactions aux diverses substances dites « allergènes » et les divers modes d'exploration de la sensibilité. Nous ne saurions, en une courte analyse, rapporter toutes leurs constatations. Nous nous bornerons à signaler que, dans l'eczématoïde, l'asthme prédomine dans les antécédents héréditaires, tandis que les idiosyncrasies y sont rares ; que l'éosinophilie sanguine et la lymphocytose y sont plus marquées que dans l'eczéma vrai et la dermite toxique ; qu'il y a hypoglycémie sanguine en général, hypercholestérinémie ; que l'épreuve avec l'extrait de squames de la peau humaine (Storm van Leeuwen) y est fortement positive, etc... La nature allergique de l'eczématoïde, affirmée par tout ce qui précède, a conduit à des conclusions thérapeutiques : désensibilisation spécifique quand « l'allergène » est connu, désensibilisation non spécifique quand il y a sensibilité polyvalente — cas le plus fréquent — soit par le régime, soit par la « chambre dépourvue d'allergène » de Storm van Leeuwen, où le malade respire un air purifié, débarrassé de tous les allergènes en suspension dans l'air sous forme de poussières, sans oublier les soins locaux : pâtes antiprurigineuses, radiothérapie, etc. L. Chatellier.

The history of dermatology, par W. M. Allen Pusey. 1 vol. de 223 pages, fig. Charles C. Thomas, édit. à Springfield (Illinois) et Baltimore (Maryland).

Il est difficile d'écrire en deux cents pages une histoire de la Dermatologie, surtout si on la commence dès l'ancienne Égypte, pour la terminer aux temps modernes avec des dermatologistes dont quelques-uns vivent encore et sont en très bonne santé. L'auteur s'y est essayé et on peut dire qu'il a brossé un tableau rapide mais sincère et même agréable de la Dermatologie à travers les âges. Il donne le goût de lire les vieux maîtres, qu'on néglige trop et d'essayer de comprendre com-

ment le même problème, médité par tant d'esprits si divers, a pu peu à peu arriver aux solutions actuelles, elles-mêmes provisoires sans aucun doute. Neuf chapitres : Égypte et Grèce ; Grecs, Romains, Arabes et Moyen Age et Renaissance ; Europe moderne de 1500 à 1750 ; 1750 à 1825 ; Dermatologie clinique de 1800 à 1850 ; Dermatologie et Laboratoire de 1800 à 1850 ; Dermatologie moderne, première phase en Europe, 1850 à 1900 ; Première phase en Grande-Bretagne et aux États-Unis, 1850 à 1900 ; Phase contemporaine jusqu'en 1890.

Un index historique indiquant, pour chaque dermatose, le nom ou les noms de ceux qui l'ont les premiers décrite complète le volume écrit sans prétention et avec agrément. CLÉMENT SIMON.

Etude du liquide céphalo-rachidien chez les paralytiques généraux traités par la malariathérapie (Estudio del liquido cefalo-raquideo en los paraliticos generales malarizados), par José PEREYRA KAFER. *Thèse de Doctorat.* Talleres Graficos « Colegio Parroquial San José de Flores » José Bonifacio 247, Buenos-Ayres, 1932.

L'auteur a étudié le syndrome humoral de 17 paralytiques généraux traités par la malariathérapie.

Au cours de la période des accès, il note une diminution de la pression du liquide céphalo-rachidien et de la pléocytose, sans modification de la réaction de Wassermann.

Pendant la première période post-malarique (répondant à l'année passée depuis la cessation de la fièvre) se produisent des modifications variables de la pression, des réactions de la globuline, de la réaction de Bordet-Wassermann, de la réaction de Lange, mais l'examen cytologique montre une constante atténuation de la pléocytose.

La seconde période post-malarique (répondant à l'année écoulée après la précédente) présente des modifications variables des différentes réactions avec atténuation de la pléocytose.

Dans la période tardive, la diminution de la pléocytose se poursuit jusqu'à la normale chez quelques sujets et s'acompagne d'une négativation de la réaction de globulines et de la réaction de Bordet-Wassermann ainsi que d'une atténuation et de la négativation de la réaction de Lange.

Il n'existe ordinairement pas d'étroites relations entre les syndromes humoral et clinique. C'est ainsi que la pléocytose, qui constitue l'élément le plus communément modifié, diminue aussi bien dans les cas qui s'améliorent que dans les cas qui s'aggravent.

Toutefois, le parallélisme est indiscutable entre les deux syndromes chez les malades étudiés à la période tardive. Les meilleures rémissions cliniques correspondent aux rémissions humorales les plus complètes.

J. MARGAROT.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD

TRAVAUX ORIGINAUX



LE PITYRIASIS VERSICOLOR DÉFORMÉ

Par Léon C. WAINTRAUB (de Bucarest)

Le *pityriasis versicolor déformé* n'est que le *pityriasis versicolor* classique ou pigmenté, causé par le même parasite, dont les taches café au lait étant exposées aux rayons solaires ou ultra-violets, sont devenues blanches, sur le fond du tégument devenu hyperpigmenté.

Il y a, à un double point de vue, intérêt à l'étudier et à le connaître ; pour le diagnostic, qui est parfois embarrassant et pour l'éclaircissement du mécanisme de sa production, qui est vraisemblablement le même que celui des autres leucomélanodermies parasitaires produites par les rayons solaires.

Voici deux des observations de malades atteints par cette affection, que nous avons eu l'occasion de suivre :

1er cas. — Mme M. A..., 27 ans, vient consulter le 2 septembre 1932, pour des taches squameuses, dont elle a remarqué la présence depuis quelques années ; pendant l'hiver elles étaient moins apparentes, mais à la suite des bains de soleil, pris pendant l'été, elles sont arrivées à l'incommoder pour le décolletage.

La malade a la peau blanche — bien que hâlée — les cheveux châtain, elle est née à terme, a été réglée à 14 ans et a des règles normales ; mariée depuis cinq ans, elle n'a point d'enfants ; point d'avortement involontaire. Bien constituée, elle a la voûte palatine ogivale, des dents assez irrégulièrement implantées, chevauchant l'une sur l'autre, elle a dû subir l'intervention d'un stomatologue à cause de deux dents qui poussaient dans la même alvéole. Elle a aussi une certaine dystrophie pilaire, la limite d'implantation des cheveux empiétant sur le front, dont la hauteur est sensiblement diminuée.

Les antécédents familiaux sont très vagues. Elle n'a pas eu de maladies plus importantes.

Le foie est normal, de même que la rate ; rien d'anormal au cœur ni aux poumons.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative.

Sur le haut du tronc, les téguments, qui sont fortement séborrhéiques, présentent deux sortes de lésions ; les unes sont des taches parfaitement lisses et achromiques, d'autres sont des petites taches érythémato-squameuses, ayant tout à fait l'aspect des eczématides-parakératoses.

Les taches achromiques varient de la dimension d'une pièce de 50 centimes, à celle d'une pièce de 5 francs en argent. Elles sont arrondies ou ovalaires à grand axe suivant l'axe du bras, pour les bras, et irrégulièrement dirigées pour les taches du thorax. Leur teinte est plus claire que celle de la peau normale, qui n'a pas été brunie par le soleil. Les taches sont entourées par un liseré, d'une largeur de 1-2 millimètres, plus foncé que le reste du tégument ; en dehors du liseré, sur une largeur de 1/2-1 centimètre, existe une zone plus pigmentée que le reste de la peau. Les taches ne sont nullement prurigineuses ni douloureuses. A la vitro-pression, leur teinte ne varie guère. On ne peut pas produire le signe du copeau. Tout ce qu'on arrive à gratter, ce sont de toutes minuscules squamules, dans lesquelles nous trouvâmes le *microsporon furfur*. Ces taches sont au nombre d'une cinquantaine.

Les taches squameuses, bien moins nombreuses, siègent sur le cou et ont l'apparence des eczématides.

Réflexions. — La première impression que nous eûmes en regardant la malade fut que nous avions affaire à un vitiligo. Les taches achromiques, nettement limitées, l'hyperchromie intermédiaire plus accusée autour des taches, l'hérédité spécifique probable... font penser à ce diagnostic. Mais..., la malade a été au stand de la ville, elle a pris des bains de soleil. Alors, comme nous avons déjà vu plusieurs cas de *pityriasis versicolor déformé*, nous concluons, après pas mal d'hésitations et l'examen microscopique des squames, à cette affection.

Le cas était encore intéressant parce que la malade avait en même temps des taches lisses et des taches parakératosiques. Il serait intéressant peut-être d'étudier les eczématides du point de vue mycologique, on trouverait probablement des champignons dans les squames, chose qui a d'ailleurs commencé par les études de Mguebrow, pour les trichophytons, à côté des streptocoques (Sabouraud).

Comme traitement nous avons prescrit des applications de la pâte soufrée-ichtyolée de M. Darier. Quant aux lésions de *pityriasis versicolor*, nous avons recommandé des applications d'alcool iodé.

Le 14 novembre, les taches squameuses ont disparu et les taches de *pityriasis versicolor déformé* sont devenues complètement lisses.

2e *cas.* — Mme L. S..., 35 ans, brune, vient consulter le 23 octobre 1932 pour des taches, dont elle a remarqué l'apparition depuis quelques années et qui sont plus apparentes en été qu'en hiver.

Les lésions bien limitées, arrondies, d'une teinte plus claire que la teinte de la peau normale, — fait qui a été observé par la malade elle-même — ne sont ni prurigineuses ni sensibles. Elles sont très peu squameuses. A leur périphérie on remarque un fin liseré, plus foncé que le fond hâlé du tégument, sur lequel sont situées les taches.

Dans la région interscapulaire, on voit quelques taches café au lait de *pityriasis versicolor* classique qui, au grattage, donnent le signe du copeau. La différence de coloration est explicable, par le port du maillot de bain, qui abritait ces taches pigmentées des rayons solaires. A l'examen microscopique des squames des deux sortes de lésions, nous avons trouvé le *microsporon furfur*.

Nous avons conseillé à la malade, l'hyposulfite de soude en solution à 1 pour 10, en frottements bien appuyés, durant plusieurs minutes, 3-4 fois par jour.

Historique

Le *pityriasis versicolor déformé* a peut-être été entrevu par Sennert et Gudden (F. Hebra et M. Kaposi : *Traité des maladies de la peau*, trad. H. Doyon, 1878, p. 873) mais sa première description semble due à Ehrmann *Die Anwendung der Electrizität in der Dermatologie*, 1908, et c'est seulement à la suite de la communication de Stein à la Société de Dermatologie de Vienne en novembre 1919 — que les cas publiés se multiplièrent — une cinquantaine.

Il a été étudié surtout par Wertheim (1), Feldmann (2), M. Gougerot et ses collaborateurs, Kistiakowscki (3), Artom (4), etc.

Il a reçu beaucoup de dénominations, dont il importe de connaître la synonymie : *leucodermie* (Ehrmann, Stein, etc.) *leucoderma solare* Feldmann, *pityriasis versicolor atypica* (Arzt), *pseudo-leucodermie* (Lenartowitz etc.) *pityriasis versicolor alba* (Kruspe, etc.) *dépigmenté* (Siemens, Schmidt), *achromiant* (Gougerot et ses collaborateurs etc.) *pseudo-achromie post-parasitaire* (Kistiakowscki) *pityriasis versicolor inversé* (Cohen-Hadria).

Ces termes conviendraient s'il s'agissait d'une véritable forme ou

(1) Wertheim (L). Uber Hichtwirkung und Heucoderme bei Pityriasis versicolor. *Dermat. Zeitschrift.*, 1922, vol. XXXVIII, pp. 343-354.
(2) *Derm. Wochenschrift*, 1925. p. 117.
(3) *Arch. of. Dermat. and Syph.*, 1927, vol. XV, pp. 685-686 et *Ann. de Derm.*, 1930, pp. 1264-1276.
(4) *Giorn. Ital. Derm.*, vol., LXXI, 1930, pp. 1945-1955.

variété de *pityriasis versicolor*, mais du moment qu'on ne le considère que comme *une déformation passagère*, le terme de *pityriasis versicolor déformé* paraît préférable car il exprime mieux la réalité.

Sa fréquence semble augmenter peut-être parce qu'on sait le diagnostiquer.

On l'a vu et décrit un peu partout, dans tous les pays et dans toutes les régions.

On peut le voir à tout âge, bien qu'il soit plus fréquent chez les personnes jeunes et aisées — surtout de sexe féminin, — ce qui est dû au temps libre dont elles disposent pour prendre des bains de soleil.

Les taches apparaissent en été après les expositions aux rayons solaires, quand la peau commence à brunir ; en hiver quand la peau perd sa surpigmentation elles semblent disparaître.

Étude clinique

Les taches de *pityriasis versicolor déformé* ont les mêmes dimensions, forme et nombre que celles de la forme pigmentée. Les localisations sont aussi les mêmes, mais en rapport avec les parties du tégument qui ont été exposées au soleil, et la forme du maillot de bain qui les protégeait.

Pour la localisation au visage — que l'on croyait produite seulement par la *Malassezia tropica* (Castellani) — on faisait un signe de diagnostic entre la *tinea flava* et le *pityriasis versicolor* dépigmenté. Mais Artom a vu dans un cas les lésions sur le visage, et nous-même avons observé chez un jeune homme de 15 ans — qui n'avait jamais quitté la Roumanie — des taches de *pityriasis versicolor déformé* sur le haut du corps remontant vers les oreilles jusqu'à l'angle de la machoire.

Les taches sont blanches ou blanchâtres, nettement limitées, en les examinant attentivement on remarque que certaines sont bordées par un petit liseré brunâtre-jaunâtre. Sur la photographie publiée par MM. Gougerot, Joyeux, Burnier, Blum, Meyer, Saidman (*Arch. Derm. Syph. de l'hôp. Saint-Louis*, 1929, p. 774), ce liseré est assez apparent. L'existence du liseré n'a pas encore été signalée dans le *pityriasis versicolor déformé*. M. Darier (*Précis*

de Dermatologie, 1918, p. 434) a déjà décrit dans un cas de leucomélanodermie syphilitique « un ourlet d'hyperchromie ».

La surface des taches est desquamative ou non desquamative, avec tous les degrés de transition. Le signe du copeau existe plus rarement que dans la forme pigmentée.

L'agent producteur de *pityriasis versicolor déformé* est le *Microsporon furfur* ou la *Malassezia furfur* — comme pour la forme pigmentée. — La majorité des auteurs ont trouvé ce parasite dans les squames.

On a rarement pratiqué des biopsies de ces lésions (Siemens Kruspe, Ruette). Ce dernier auteur a trouvé (Ueber Leucoderme, *Derm. Zeit.*, 1932, pp. 213-220) dans la couche cornée légèrement augmentée des spores et des mycéliums. Le pigment manquait en certains endroits et était abondant en d'autres. Les cellules basales étaient remplies de pigment, dans l'espace intracellulaire il était libre. Entre les cellules basales et les cellules épineuses il y avait quelques chromatophores.

Par la coloration de Gram, il remarqua que là où il y avait du pigment, il n'y avait pas de parasites, et les places dépigmentées étaient situées sous une couche de parasites.

Le *pityriasis versicolor* dépigmenté représente à nos yeux un *pityriasis versicolor* pigmenté déformé par l'action des rayons solaires (ultra-violets). On pourrait le comparer à l'épreuve négative d'une photographie de *pityriasis versicolor* classique.

Mais pourquoi cette déformation ?

Voilà une question qui a soulevé de nombreuses discussions, hypothèses et expériences.

Pour Wertheim les mycéliums qui recouvrent les taches absorbent les rayons ultra-violets et empêchent l'hyperhémie, qui serait la cause de l'hyperpigmentation. Il a expérimenté et à la douzième heure après l'exposition aux rayons ultra-violets, les taches brunes de *pityriasis versicolor* paraissaient blanches au milieu des téguments hyperhémiés rouges.

Polland essayant un traitement par les ultra-violets dans un *pityriasis versicolor* pigmenté ancien, remarqua que les taches deviennent blanches.

Kistiakowscki est du même avis que Wertheim ; le parasite

absorbe les rayons ultra-violets et le tégument ne les reçoit plus.

Pour M. Gougerot il y a : 1° l'action décolorante du soleil ; 2° l'action anti-pigmentaire de la tache d'épidermomycose ; 3° la dépigmentation de la peau parasitée.

Gaté (1) croit que le parasite agit comme un écran protecteur.

M. Jausion (2) explique l'achromie par une mélanolyse, due à une réversibilité de la photocatalyse qui donne ordinairement une pigmentation.

Pour Artom, l'achromie est due à une oxydation ou sidérophilie de la peau à travers le parasite.

Laquelle de ces hypothèses est la juste ? On n'en sait rien. Mais les faits cliniques suivants plaident en faveur de l'idée qu'il ne s'agit que d'un seul *pityriasis versicolor* — à tache café au lait — taches qui sous l'influence des rayons ultra-violets perdent leurs pigmentation.

a) Certains auteurs ont eu l'occasion de voir les taches café au lait devenir achromiques sous l'influence des ultra-violets (Wertheim, Polland (3), Gougerot et ses collaborateurs).

b) Très intéressantes sont les observations des malades qui ont eu en même temps des taches pigmentées sur les régions couvertes, abritées et dépigmentées sur les régions exposées aux rayons solaires (Oppenheim (4), Fox Howard, Throne, Siemens, Linzer (5), Nicolas, Massia et Charpy, notre cas 2). Certains auteurs ont trouvé le même parasite — le *Microsporon furfur* — dans les deux sortes de taches, qui existaient sur les mêmes personnes.

c) Encore plus intéressants sont les cas dans lesquels l'on voit les lésions plusieurs années de suite devenir achromiques pendant l'été et pigmentées durant l'hiver.

Une deuxième question a été soulevée à propos de l'achromie. S'agit-il d'une véritable achromie ou d'une pseudo-achromie — par contraste ? Pour Lenartowitz, Winternitz, Throne, Del Vivo, c'est

(1) *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1930, p. 111 et pp. 233-238.
(2) *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1931, pp. 144-146.
(3) *Dermat. Zeitschrift.*, 1927, vol. XLIX, pp. 146-152.
(4) *Wienes Derm. Gesell.*, 22 novembre 1925. *Zentrbl f. H. u. G.*, 1926, vol. XIX, p. 712.
(5) *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 1932, pp. 58-59.

une pseudo-achromie, mais pour la majorité des auteurs il s'agit d'une véritable achromie.

Siemens (1), Kruspe (2) et Ruette sur des coupes ont trouvé un trouble de la pigmentation.

La meilleure preuve qu'il s'agit d'une véritable achromie, est que la tache est moins colorée que la peau qui n'a pas subi l'influence des rayons solaires. Elle est aussi décolorée que la tache de vitiligo, pour laquelle cette question ne se pose plus.

Quant au mécanisme de cette dépigmentation, on est dans le domaine des hypothèses ; que le parasite joue le rôle d'un écran protecteur c'est très probable ; mais comment expliquer alors, que la tache ne garde même pas la teinte de la peau située à l'abri de ces rayons — comme dans l'aisselle — et qu'elle devienne plus claire ? S'agit-il d'une mélanolyse ? C'est possible. En tout cas jusqu'à présent on n'en a pas encore la preuve. La question vaut une étude spéciale plus importante, car son éclaircissement nous ferait connaître aussi le mécanisme des autres leucomélanodermies, comme celles qui font suite à certains *pityriasis rosés* ou eczématides. Il est possible, voire même probable, que les agents provocateurs de ces affections — puisque les lésions sont pareilles — soient aussi, dans certains cas — des parasites qui agissent de la même manière que le *Microsporon furfur*. L'étude devrait comporter des examens histologiques qui sont difficiles à réaliser à cause du siège des lésions et de leur innocuité.

Diagnostic

Ces taches blanches, blanchâtres, bien limitées, au liseré brunâtre, de dimensions variables, légèrement squameuses ou lisses, apparues à la suite des irradiations solaires, sur un fond surpigmenté, la notion des taches café au lait qui les ont précédées ou même qui existent dans les régions non isolées, peuvent être confondues avec d'autres affections achromiques qu'il convient de signaler.

Le *pityriasis versicolor déformé* pourrait être pris pour une

(1) *Münchener Derm. Gesell. Zentrbl. f. H. u. G.*, 1928, vol. XXVI, p. 463 et 1929, vol. XXX, p. 14.

(2) *Verein Dresdner Dermatologen Zentrbl. f. H. u. G.*, 1929, vol. XXXI, p. 28.

leucomélanodermie syphilitique (Linzer). Mais dans cette dernière affection il y a une pigmentation disposée en réseau — leucodermie réticulée — à mailles plus ou moins larges enserrant des îlots arrondis de peau de coloration normale ; la peau n'est pas toujours décolorée ce qui la distingue du vitiligo avec lequel on peut parfois le confondre (Balzer. *Traité des maladies vénériennes*, pp. 320-321), la localisation habituelle autour du cou, les autres caractères de la syphilis, l'adénopathie et surtout les commémoratifs et la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann. D'ailleurs la ressemblance de ces deux affections que certains auteurs trouvaient fréquente, doit être rarement réalisée puisque sur les cas relativement nombreux de *pityriasis versicolor déformé* que nous avons eu l'occasion de voir (1) nous ne l'avons pas remarquée. D'après M. Gougerot (2) la syphilis ne fait pas la leucomélanodermie du dos et ses éléments sont plus égaux et non confluents.

Les eczématides achromiantes après irradiations solaires, par leurs localisation, mode de formation, les caractères objectifs, lui ressemblent, mais dans le cas de *pityriasis versicolor déformé*, on peut trouver aussi des taches pigmentées, tandis que dans le cas des eczématides on trouve dans des régions abritées des rayons solaires, des eczématides non achromiques (Sézary et Horowitz (3)) et le liseré hyperpigmenté qui entoure souvent les taches de *pityriasis versicolor déformé* manque autour des taches d'eczématides achromiantes (Sézary et Horowitz) et chose très importante la recherche du *Microsporon furfur* est négative.

Dans certains cas on pourrait confondre le *pityriasis versicolor déformé* avec la dermatose médio-thoracique achromiante, dont MM. Milian, Périn et Degos (4) ont rapporté un cas ; un peu d'attention et la recherche du parasite trancheront le diagnostic.

La ressemblance du *pityriasis versicolor déformé* avec le vitiligo a été signalée par Freudenthal, Siemens, Spitzer, Ledermann, notre cas 1. Si les taches sont squameuses il ne s'agit pas d'un vitiligo, en plus l'examen des squames permettra de trouver les parasites. Si

(1) Une vingtaine.
(2) Pityriasis versicolor atypiques. Les erreurs avec la syphilis. Leur importance pratique. *Pr. Méd.*, 1932, pp. 743-744.
(3) *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1932, pp. 718-719.
(4) *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1931, pp. 1298-1300.

les taches sont lisses, le diagnostic peut être des plus embarrassants. J'ai vu plusieurs dermatologistes faire au premier abord cette confusion. Nous-même dans le cas 1 avons commis cette méprise. Dans ces cas le liseré que nous venons de signaler (p. 4), l'apparition à la suite des irradiations solaires, la notion des taches café au lait qui les ont précédées, la localisation sont d'un important secours.

Il suffit d'y penser pour éliminer le diagnostic de nævi achromiques dont les taches sont moins nombreuses, non squameuses, le reste du tégument a une teinte uniforme, n'est pas hâlé et surtout ils sont congénitaux.

A l'occasion de la présentation du cas de Fox Howard (1), Mac Kea remarqua qu'un cas de *pityriasis versicolor déformé* fut pris pour un *lichen atrophicus*, jusqu'à la découverte du parasite. Le lichen plan scléreux de Hallopeau et Darier, ou le *lichen albus* de Zumbusch se rencontre dans les deux sexes, et siège dans n'importe quelle région du corps, notamment à la nuque et aux poignets ; les petites taches blanches finement quadrillées, assez souvent criblées de bouchons cornés peuvent avoir une bordure légèrement saillante, elles débutent par des papules polygonales de teinte fauve et représentent par conséquent des atrophies cicatricielles (Darier, *op. cit.*, p. 454). Voilà assez de caractères qui permettent de le distinguer du *pityriasis versicolor déformé*.

Le traitement habituel du *pityriasis versicolor* — la teinture d'iode dédoublée, les pommades d'Alibour au calomel, à l'acide salicylique, à la chrysarobine, le savon mou de potasse en frictions, suivies d'un bain et de la désinfection des vêtements — fait disparaître les parasites et après quelque temps les taches reprennent leur teinte normale.

Nous avons employé aussi la méthode dite américaine : les taches sont frottées énergiquement 2-3 fois par jour, durant plusieurs minutes, avec un morceau de gaze imbibée d'une solution, à 10 0/0 d'hyposulfite de soude. Le traitement dure environ deux semaines.

Pour faire disparaître plus rapidement les taches achromiques qui restent après le traitement, le docteur B. Wucher de Czernowitz, nous a dit, qu'il couvre le pourtour des taches d'une crème protectrice, et les expose ensuite aux rayons ultra-violets : il aurait obtenu de bons résultats.

(1) *Arch. of Derm. and Syphil.*, 1927, vol. XV, p. 753.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ALLERGIE CUTANÉE DANS LES MALADIES VÉNÉRIENNES

Par W. E. COUTTS, F. LANDA, P. et J. MARTINI,
Section Hygiène Sociale de la Direction Générale de la Santé du Chili.

La réponse de l'organisme malade aux constituants chimiques d'un agent microbien, traduit un état de sensibilisation, ou d'allergie. Cet état est une intolérance acquise à l'antigène-albumine du microbe, mais qui n'indique pas une augmentation de la réceptivité du virus.

De nombreuses expériences ont démontré que l'allergie cutanée peut se mettre en évidence en profitant de la réaction de la peau dans un organisme sensibilisé à un antigène.

L'intradermo-réaction de Ito von Reenstierna est, sans doute, spécifique du chancre mou et de son bubon ; elle prouve que l'allergie au Ducrey dure assez longtemps après la guérison de la maladie. L'intradermo-réaction de Bruck, la cuti-réaction de Demonchy et Benoist, semblent être spécifiques au cours de la gonorrhée, mais elles sont trop inconstantes pour le diagnostic de la maladie.

L'intradermo-réaction de Frey, d'actualité aujourd'hui, semble faciliter le diagnostic des lésions ganglionnaires d'ordre inconnu (Nicolas et Favre, Coutts, etc.), de certaines cellulites pelviennes (Nicolas), des rétrécissements du rectum (Jersild, Bensaude et Lambling, Sénèque, etc.).

Des investigations plus nombreuses tous les jours semblent confirmer les faits que nous venons de rappeler dans quelques cas ; mais dans des cas très nombreux, il est impossible d'établir une relation étroite entre la positivité d'une cuti-réaction et les symptômes cliniques et dans d'autres cas où la positivité se manifeste clairement, la symptomatologie est absolument négative (Gougerot, De Grégorio, Fabre, etc.). C'est le cas spécial des réactions posi-

tives de Frey et de Reenstierna chez des sujets qui n'ont jamais eu de lésions apparentes de lymphogranulomatose ou d'infections chancrelleuses.

Kitchevatz, étudiant 170 individus, dans le but d'établir si une infection préalable prépare le terrain pour la maladie de Nicolas et Favre, a trouvé que 70 o/o d'entre eux avaient été atteints d'une maladie vénérienne (32,9 o/o de chancre mou), ce qui, selon son opinion, serait un fait important pour déterminer un état allergique des ganglions de la région respective.

En présence de ces faits, et d'autres, que nous avons déjà exposés dans une monographie, publiée dans les *Annales des Maladies Vénériennes*, p. 168, mars 1931 (Porteurs de germes ou de virus, saprophytisme ou état d'infection latente) nous avons entrepris une étude plus sérieuse de la cuti-allergie, sur un groupe nombreux de malades.

En premier lieu, nous avons étudié les réactions de Frey, d'Ito et du lait chez 250 femmes normales. Parmi elles nous en avons trouvé 3,6 o/o (soit 9 femmes) qui présentaient des manifestations intéressantes d'allergie cutanée. Quatre avaient un Frey intensément positif et des réactions de Wassermann et de Kahn négatives. Les 5 restantes avaient un Frey légèrement positif. Trois avaient également un Kahn et un Wassermann intensément positifs. Aucune de ces femmes ne se souvenait d'avoir eu une affection des organes génitaux.

Parmi les autres femmes appartenant à la même série nous avons vérifié 5 fois un Ito positif et 11 fois une réaction positive au lait. Les 250 contrôles faits au sérum physiologique furent tous négatifs.

Avec la collaboration des docteurs Schuster, Malfanti, Vigorena, Covarrubias, Vargas Salazar, Vargas Molinares et Bulnes, médecins spécialistes de nos dispensaires de prophylaxie anti-vénérienne, nous avons étudié la cuti-allergie avec l'antigène de Frey, le vaccin Ducrey et le lait, sur 188 malades (89 femmes et 99 hommes) atteints de maladies vénériennes.

Dans le groupe de 25 femmes atteintes de gonorrhée, en quelque période de la maladie que ce soit, nous en avons trouvé quatre, soit (16 o/o) qui avaient un Frey positif, les quatre souffraient d'annexite chronique. Sur 11 femmes qui présentaient un Ito positif, 5 accu-

saient des antécédents bien clairs de chancre mou, les 6 autres ignoraient avoir été atteintes de cette maladie.

En ce qui concerne la cuti-réaction au lait, il est intéressant de noter que sa positivité est la plus haute enregistrée parmi les divers groupes de maladies vénériennes.

Dans le total des malades affectés de syphilis primo-secondaire, nous avons trouvé 3 (17,6 o/o) femmes avec un Frey positif, et dans le groupe de femmes avec syphilis 3 soit (8,3 o/o).

En résumé, parmi les 10 femmes avec un Frey positif qui ont été trouvées entre les divers groupes examinés jusqu'à présent, 8, soit 80 o/o, sont syphilitiques.

Le cas de Frey positif enregistré dans le groupe des autres maladies génitales appartenait à une femme atteinte d'esthiomène vulvaire, dont les examens ultramicroscopiques de la lésion, Reenstierna, auto-inoculation et réactions sérologiques, étaient tous négatifs.

Dans les groupes de femmes syphilitiques nous avons trouvé 14 fois une réaction positive au lait.

Parmi les hommes, dans un groupe de 54 malades de gonorrhée dans n'importe quelle période de l'évolution de la maladie, nous en avons trouvé 4 (7,4 o/o) qui avaient une réaction Frey positive. Un de ces quatre malades avait aussi une réaction positive au lait et au vaccin streptobacillaire ; un autre avait été malade en 1930 d'une adénite inguinale d'origine inconnue, et un troisième était un malarique. Les quatre avaient des antécédents bien clairs de chancre mou.

Dans le groupe des malades atteintes de syphilis, nous avons trouvé un seul cas avec un Frey positif.

Dans le groupe des 7 malades atteints d'inflammation des ganglions inguino-iliaques, sans porte d'entrée apparente, 6 (85,7 o/o) avaient un Frey positif.

Parmi ces malades à réaction positive 2 avaient en même temps un Kahn et un Reenstierna positif. D'autres avaient seulement un Wassermann intensément positif, c'est-à-dire que 50 o/o des malades, avec une cutiréaction positive à l'antigène Frey, étaient des syphilitiques.

Parmi les 7 malades atteints d'une adénite inguinale ou inguino-iliaque, avec un chancre dont l'examen ultramicroscopique s'était

révélé plusieurs fois négatif 4 (57,10 o/o) avaient un Frey positif et des réactions sérologiques négatives. Un seul avait une réaction de Reenstierna positive.

Un résumé de nos études permet d'établir qu'il existe une certaine proportion d'individus des deux sexes qui réagissent positivement à l'antigène de Frey et au vaccin de Ducrey sans qu'on puisse établir à l'examen objectif, ou par une minutieuse anamnèse, la cause déterminante de ce phénomène.

Parmi les malades qui présentent un Frey positif on trouve une grande proportion de syphilitiques.

Les malades atteints d'adénites inguinales ou inguino-iliaques, sans porte d'entrée reconnaissable (lymphogranulomatose vénérienne) et les malades avec adénite inguinale, ou inguino-iliaque avec coexistence d'un chancre génital à plusieurs examens ultramicroscopiques négatifs, comme à l'auto-inoculation présentent fréquemment une réaction de Frey positive.

La proportion des syphilitiques dans ces deux groupes de malades est plus grande parmi ceux où on ne trouve pas de porte d'entrée génitale.

Nos investigations plus récentes nous ont démontré aussi qu'il existe deux types de virus lymphogranulomateux : l'un qui se trouve dans les lésions ganglionnaires avec porte d'entrée reconnaissable ; l'autre dans le type à début général. La cuti-allergie dans les cas correspondants à ces deux groupes est seulement positive quand nous employons l'antigène préparé avec les virus correspondants.

Bibliographie

R. Bensaude et A. Lambling. — Soc. Biol., séance 12 déc. 1931 (*loc. cit.*, *La Méd. Inter.*, p. 45, mars 1932).

W. E. Coutts. — *Ann. Dermat. et Syphil.*, p. 408, avril 1930.

W. E. Coutts. — *Ann. Malad. Vénér.*, p. 168, mars 1931.

W. E. Coutts. — *Rev. Med. Mod.*, oct. 1932 (Chili).

E. de Gregorio et Garcia Serrano. — *Arch. Med. Cir. y Esp.*, n° 528, Madrid 1931.

J. Fabre. — *Toulouse Md.*, n° 13, 1er juill. 1931.

P. Gougerot et Cohen. — *Bull. Soc. Franç. de Dermat. et de Syphil.*, p. 765, mai 1931.

Jersild. — *Ann Dermat.*, p. 590, 1930.

M. Kitchevatz. — *Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, pp. 1172, juillet 1931.

J. Nicolas, Favre, Massia et Leveuf. — *Jour. Méd. de Lyon*, n° 273, 20 mai 1931.

J. Sénèque. — *Presse Méd.*, p. 22, février 1932.

LES RÉSULTATS OBTENUS DANS LES RECHERCHES DE WEISSENBACH-MARTINEAU CONFIRMENT LA VALEUR DE MA RÉACTION MÊME AVEC SÉRUMS ACTIFS

Professeur OLINTO SCIARRA (Naples).

Uniquement dans le suprême intérêt de la vérité et de la science, je rectifie les affirmations de Weissenbach-Martineau (1).

Les résultats obtenus par ces Auteurs sont excellents ; la polémique n'a plus de fondement ; si Weissenbach-Martineau avaient publié — comme c'est la règle constante — leurs recherches en même temps que leurs conclusions, le lecteur aurait aisément constaté que les Auteurs, — en dépit de la technique, alors encore imparfaite, de la R. S. —, ont obtenu des résultats importants, mais malheureusement non considérés à leur juste valeur.

Une inexacte analogue évaluation des résultats favorables obtenus sur 100 sérums inactifs a été commise par Lombardi et Tornabuoni (2), cités par Weissenbach-Martineau.

Expériences de Weissenbach-Martineau

a) *Premier groupe : syphilis récentes ; chancres datant de moins de 8 jours avec examen à l'ultra-microscope positif.*

		Positifs	Négatifs
18 cas =	Wassermann	0	18
	Hecht	0	18
	Desmoulières	0	18
	Sciarra	2	16

(1) Weissenbach-Martineau. *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, nos 3 et 6, 1932 ; Weissenbach-Martineau. « Etude sur la valeur de la séro-réaction de Sciarra ». *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 7, juillet 1932.

(2) O. Sciarra. Le ricerche di Tornabuoni tecnicamente errate confermano tuttavia il valore della R. S. con siero inattivo. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, fasc. 5, 1931.

b) *Deuxième groupe : chancres syphilitiques de plus de 8 jours ou chancres mixtes.*

		Positifs	Négatifs
		—	—
36 cas =	Wassermann	15	20
	Hecht	21	14
	Desmoulières	35	0
	Sciarra	29	6 (chancres mixtes douteux ?)

c) *Troisième groupe : syphilitiques secondaires et non encore traités (moins d'un an depuis la contamination).*

		Positifs	Négatifs
		—	—
26 cas =	Wassermann	26	0
	Hecht	26	0
	Desmoulières	26	0
	Sciarra	25	1 (traité ?)

d) *Quatrième groupe : syphilitiques avérés chez lesquels l'affection remonte à plus d'un an, porteurs de lésions diverses (cutanées, viscérales, nerveuses) ou sans lésions apparentes, diversement traités.*

		Positifs	Négatifs
		—	—
260 cas =	Wassermann	77	183
	Hecht	77	183
	Desmoulières	133	127
	Sciarra	146	114

e) *Cinquième groupe : cliniquement non-syphilitiques.*

		Positifs	Douteux (+———)	Négatifs
		—	—	—
192 cas =	Wassermann	0	0	192
	Hecht	0	0	192
	Desmoulières . . . } Sciarra . . . . . . }	13	0	146
	Desmoulières seul . . .	12	1	20
	Sciarra seul	21	12	0

Les résultats sont identiques dans les 2 réactions :

Desmoulières-Sciarra + Desmoulières seul = 192
Desmoulières-Sciarra + Sciarra seul = 192
Desmoulières seul = Sciarra seul = 33

Spécificité

Surtout depuis la Conférence de Copenhague, désormais tout le monde reconnaît que les résultats douteux (+ — — —) n'ont une valeur que chez les syphilitiques avérés.

Desmoulières et Sciarra positifs toutes deux (13 cas) ou isolément sont-ils vraiment non spécifiques ?

Weissenbach et Martineau eux-mêmes ne l'affirment pas et écrivent en effet (p. 608) : *Il est évident que parmi les malades de ce cinquième groupe, malgré le soin que nous avons apporté dans l'enquête clinique pour dépister la syphilis, doivent figurer des syphilitiques latents méconnus (syphilis acquise ou surtout héréditaire).*

Mais alors sur quoi se basent les conclusions défavorables de Weissenbach-Martineau ?

Voici : *Mais nous trouvons* — ajoutent-ils — *trop élevé le nombre (34 sur 192) des sujets présentant une séro-réaction de Sciarra positive.*

Et la réaction de Desmoulières (25 positives sur 192 cas) ?

Mais existe-t-il, peut-être, un nombre constant de syphilitiques sur 100 sujets examinés dans les hôpitaux et dans les cliniques ?

Valeur syphilimétrique

Weissenbach-Martineau nient à la R. S. une valeur syphilimétrique, parce qu'elle a été négative dans un cas de syphilis secondaire traitée et dans 6 cas de syphilis primaire ou de chancres mixtes, peut-être douteux ; il faut noter cependant que dans deux cas de syphilis primaire seulement la R. S. a été positive.

La sensibilité, dans la pratique clinique, est prudemment réduite ; la sensibilité absolue de la R. S. doit être étudiée par la méthode syphilimétrique ou avec 0,15 cm^3 de sérum actif au lieu de 0,10 cm^3 employé par Weissenbach-Martineau.

La valeur syphilimétrique doit en outre être examinée dans la syphilis constitutionnelle plus que dans la syphilis primaire et dans des cas de chancres mixtes et douteux : *dans 260 cas de syphilis tertiaire* (viscérales, nerveuses, etc.), *la R. S. a été plus sensible que le Wassermann dans 69 cas ; que le Hecht dans 69 cas ; que le Desmoulières dans 13 cas.*

Tout cela est de la plus haute importance scientifique et de la plus grande utilité dans la thérapeutique.

Technique nouvelle de la R. S.

La nouvelle technique de la R. S. est publiée dans les *Annales des Malad. Vénér.* Février 1933.

Les innovations techniques que j'ai apportées ont une notable valeur, non seulement pour la R. S. mais aussi pour la réaction de Wassermann et les réactions analogues ; dans celles-ci aussi les fréquentes pseudo-aspécificités par le fait du caractère anticomplémentaire des sérums peuvent être sûrement éliminées.

Conclusions

1° Les conclusions primitives, favorables, de Weissenbach-Martineau, telles qu'elles sont rapportées ci-dessous (*Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 8, 1930) sont pleinement confirmées par les résultats des recherches ultérieures :

a) *Dans les syphilis au début, la réaction de Sciarra, à la période de chancre, est positive avant la réaction de Hecht et de Wassermann.*

b) *La réaction de Sciarra persiste plus longtemps positive que celles de Wassermann, de Hecht et de Desmoulières chez les malades traités. Elle devient d'ailleurs complètement négative chez les malades bien traités et considérés comme guéris suivant les règles et les critères actuels.*

Elle se maintient positive dans certains cas de syphilis anciennes, dans des cas de tabès, par exemple, dans des cas de syphilis dites latentes, alors que les autres réactions sont devenues négatives (Weissenbach-Martineau).

2° Sur 192 cas non syphilitiques *cliniquement*, les R. S. et de Desmoulières ont prouvé qu'elles avaient la même spécificité (R. S. positive dans 34 cas ; Desmoulières positif dans 25 cas) ; dans ces cas douteux Weissenbach-Martineau reconnaissent eux-mêmes l'existence de *syphilis acquise ou surtout héréditaire méconnue.*

3° Weissenbach-Martineau ont comparé la R. S. avec le groupe de réactions — Wassermann, Hecht, Desmoulières — au lieu de la comparer avec chacune d'elles considérée isolément.

Malgré cela, il est clair que la R. S. ne s'est pas montrée d'une valeur inférieure, même à celle des trois réactions considérées conjointement.

4° Pendant plus de 25 ans les recherches isolées et non contrôlées n'ont pas déterminé la valeur des séro-diagnoses.

Seule une nouvelle et rigoureuse Conférence Internationale, avec la participation de cliniciens et de sérologistes, pourra empêcher la persistance de l'obscurité actuelle sur les plus importants problèmes de syphiligraphie ; c'est alors seulement que la lutte antisyphilitique rationnelle ne sera plus une vaine espérance ou une douloureuse illusion (1).

(1) Ce manuscrit a été reçu par la Rédaction des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* en Mars 1933 (N. D. L. R.)

RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS HISTOLOGIQUES D'ÉPITHÉLIOMAS DE LA PEAU (PLUS PARTICULIÈREMENT CEUX DE LA TÊTE) SUIVANT LES RÉGIONS ANATOMIQUES, LE SEXE ET L'AGE

Par A. LACASSAGNE
Institut du Radium, Paris.

TROISIÈME PARTIE

C. — SYNTHÈSE ET DISCUSSION

L'étude topographique, qui vient d'être faite, des épithéliomas cutanés de la tête, a séparé 1.075 cas, histologiquement déterminés, parmi lesquels 369 cancroïdes, 690 *ulcus rodens* et 16 non épidermoïdes spéciaux. Nous allons, tout d'abord, rechercher les caractères propres à chacun de ces groupes, à partir de ce qui a été établi au cours de l'analyse précédente.

I. — *Caractères des trois races histologiques d'épithéliomas cutanés.*

1° **Les épithéliomas épidermoïdes.** — Ils représentent 34 o/o de l'ensemble des épithéliomas de la tête (lèvres non comprises).

Influence du sexe. — Sur 369 observations, 163 se rapportent à des hommes et 206 à des femmes. Celles-ci figurent donc pour 55 o/o, proportion correspondant à la prépondérance numérique de ce sexe dans la population des individus ayant dépassé la soixantaine. Par

(1) Voir la 1re partie, dans notre no 6, juin 1933, p. 497, et la 2e partie dans le no 7, juillet 1933, p. 613.

conséquent, on arrive à la conclusion que hommes et femmes sont également atteints. Toutefois, ainsi que cela a bien été mis en évidence dans le chapitre précédent, le sexe joue un rôle important dans la distribution de ces épidermoïdes sur les régions topographiques de la peau. On se rendra compte de l'importance de ces différences à l'examen du tableau suivant, dans lequel sont mentionnés : dans une première colonne, la proportion — pour chaque territoire cutané de la tête — des épidermoïdes parmi 100 épithéliomas observés à ce niveau ; et dans la seconde, le pourcentage dans lequel chacun des sexes est atteint.

Régions	Epidermoïdes pour 100 épithéliomas	Répartition des épidermoïdes par sexe	
Auriculo-mastoïdiennes . .	64	H. = 80	F. = 20
Cuir chevelu	57	H. = 13	F. = 87
Fronto-sourcilière	55	H. = 7	F. = 93
Temporo-zygomatiques . .	52	H. = 45	F. = 55
Génio-massétérines. . . .	39	H. = 38	F. = 62
Nasale	27	H. = 43	F. = 57
Orbito-palpébrales	12	H. = 46	F. = 54
Mentonnière	7 (?)	un seul cas chez 1 homme	

Ainsi donc les cancroïdes du front et ceux du cuir chevelu sont surtout le lot des femmes, tandis que ceux des oreilles atteignent habituellement des hommes. Celles-là figurent un peu plus souvent parmi les cas d'épithéliomas des joues et du nez ; les deux sexes sont frappés également au niveau des régions temporo-zygomatiques et orbito-palpébrales.

Influence de l'âge. — Voici maintenant ces cancers classés d'après la décade de la vie pendant laquelle ils ont été observés.

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
H. . . .	1	2	14	21	70	48	7
F. . . .	0	4	14	25	68	68	27

On voit que le surcroît des cas progresse du même pas pour les hommes et les femmes jusqu'à la septantaine. A partir de là, la proportion des hommes diminue beaucoup plus rapidement ; si 33 o/o seulement d'entre eux avaient depassé 70 ans, c'était le cas de 46 o/o des femmes. En général, il s'agit donc d'un cancer de très vieilles gens : 34 individus, soit 9 o/o, étaient âgés de 81 ans au moins.

Certaines différences régionales se laissent reconnaître, à propos de l'âge, également. En effet, si on prend comme mesure le pour-

centage des individus ayant dépassé 60 ans, on remarque qu'il atteint environ 86 pour les cancroïdes du cuir chevelu, du front et des paupières, 80 pour ceux des régions temporo-zygomatiques et des joues, 77 pour le nez et 71 pour les oreilles. Ces écarts apparaissent relativement importants, si l'on songe que presque tous ces cancers (à l'exception de ceux du cuir chevelu) évoluent avec une rapidité assez comparable ; quelle que soit la région considérée, on peut dire que, dans une moyenne de 70 o/o des observations, le début remontait à moins de deux ans.

Extension des lésions — La remarque précédente semble justifier la comparaison que nous allons chercher à établir de la malignité locale des cancroïdes des différentes régions, en partant du degré d'extension atteint par le néoplasme. Laissant de côté les épidermoïdes du cuir chevelu, à cause de la lenteur déjà connue de leur développement, nous pouvons classer ceux des autres territoires selon le nombre des cas où le stade I se trouvait dépassé : il en était ainsi dans 75 o/o des cancroïdes des paupières, 62 o/o des oreilles et du front, 58 o/o des tempes et des joues, et seulement dans 40 o/o du nez. Les épidermoïdes cutanés présentent donc une marche assez variable, et, par conséquent, d'importantes différences de malignité locale selon les régions où ils ont pris naissance.

Envahissement ganglionnaire. — La recherche de la fréquence de l'envahissement des voies lymphatiques par le cancer confirme ces différences de malignité. Une adénopathie accompagnait le cancer, ou est survenue ultérieurement, dans une proportion très variable pour les épidermoïdes des régions suivantes ; oreilles : 33 o/o, front : 30 o/o, paupières : 20 o/o, régions temporo-zygomatiques 18 o/o, génio-massétérines : 9 o/o, nez : 6 o/o. Malgré la grande extension locale des épidermoïdes du cuir chevelu et la longue durée de leur évolution, aucun cas ne s'est accompagné d'adénopathie cancéreuse.

Il y a donc correspondance satisfaisante, dans l'ordre suivant lequel se placent les territoires cutanés, en ce qui concerne l'appréciation des malignités locale et métastatique des épithéliomas épidermoïdes qui s'y développent.

Variétés histologiques. — Pour trouver une explication aux variations qui viennent d'être signalées dans l'évolution des épidermoïdes de tel ou tel siège, on pense tout d'abord à la pluralité des

types histologiques de ces cancers, inégalement répartis, comme nous l'avons vu, sur les différentes localisations. La plus forte proportion des épithéliomas sébacés et dyskératosiques au niveau du front et des oreilles, et par ailleurs la prédominance marquée sur le nez des épithéliomas de type épidermique, sembleraient donner un certain crédit à cette hypothèse. Mais l'exemple des épithéliomas du cuir chevelu, qui appartiennent pour la plupart au type sébacé, vient infirmer l'idée que les cancers de ce dernier groupe progresseraient plus rapidement et pénétreraient plus tôt les ganglions. Il apparaît donc, qu'on doive se résoudre à chercher des différences dans des détails locaux d'anatomie microscopique et de richesse des réseaux lymphatiques.

Lieux d'élection. — Peut-être de tels facteurs locaux jouent-ils aussi dans la prédisposition que manifestent certaines zones de la peau à produire des épidermoïdes plutôt que des *ulcus rodens*. Nous avons vu que, sur plusieurs des régions envisagées, il existait un siège d'élection pour les épidermoïdes : lobule et bord antérieur du nez, bosses frontales, moitié supérieure du pavillon de l'oreille, arcade zygomatique. La proximité d'un plan osseux ou cartilagineux, avec lequel la peau contracte un certain degré d'adhérence, constitue une particularité commune aux différentes zones qui viennent d'être énumérées, sans qu'on voit clairement comment elle jouerait pour favoriser la production, si ce n'est d'un cancroïde, du moins de kératose sénile.

2° **Les « ulcus rodens »**. — Les *ulcus rodens*, au nombre de 690, constituent le groupe numériquement le plus important, puisqu'il correspond à 64 o/o des épithéliomas cutanés de la tête.

Influence du sexe. — Ils se répartissent en 309 hommes et 381 femmes. Celles-ci prédominent donc dans une proportion de 55 o/o (la même que dans le cas des épidermoïdes) qui équivaut, en réalité, à l'égalité entre les sexes.

Voici, pour faire pendant à celui fourni plus haut à propos des épidermoïdes, un tableau qui présente l'importance numérique des *ulcus rodens* parmi les épithéliomas de chaque région, et dans quelle proportion ils intéressent chaque sexe.

Régions	*Ulcus rodens* pour 100 épithéliomas	Répartition des *ulcus rodens* par sexe	
—	—	—	
Orbito-palpébrales. . . .	85	H. = 47	F. = 53
Mentonnière.	85	H. = 33	F. = 67
Nasale	72	H. = 43	F. = 57
Génio-massétérines . . .	60	H. = 51	F. = 49
Temporo-zygomatiques . .	47	H. = 39	F. = 61
Fronto-sourcilière	44	H. = 33	F. = 67
Cuir chevelu	43	H. = 17	F. = 83
Auriculo-mastoïdiennes . .	34	H. = 61	F. = 39

Si la première colonne reproduit en quelque sorte le négatif de celle du tableau des épidermoïdes, celle relative au sexe des malades permet, en revanche, quelques constatations qui montrent que ces deux races d'épithéliomas ne se comportant pas de la même façon, il doit exister dans leur pathogénie respective certains facteurs propres qui nous échappent. A vrai dire, la répartition des cancers cutanés entre hommes et femmes reste sensiblement la même — qu'il s'agisse de cancroïdes ou d'*ulcus rodens* — pour les épithéliomas des régions temporo-zygomatiques, palpébrales, nasale et du cuir chevelu, aboutissant dans les deux cas, à une prédominance chez la femme, légère pour les trois premières régions, très importante pour la dernière. Au contraire, le privilège des épidermoïdes qui frappent les hommes surtout au niveau des oreilles, les femmes surtout au niveau du front, a cessé d'exister pour les *ulcus rodens*, ou du moins ne représente plus qu'une différence minime.

Enfin, insistons à nouveau sur l'inversion déjà signalée pour les épithéliomas des régions génio-massétérines, au niveau desquelles les épidermoïdes se rencontrent dans 62 o/o des cas chez des femmes, et les *ulcus rodens* dans 51 o/o chez des hommes.

Influence de l'âge. — Même si l'on ne tient pas compte de la lenteur de l'évolution, qui fait que le début de ces cancers remonte souvent à plusieurs années, on remarque que l'âge des malades est, en moyenne, inférieur à celui auquel s'observent le plus grand nombre des épidermoïdes.

	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 et plus
	—	—	—	—	—	—	—
H. . . .	3	12	35	86	103	57	13
F. . . .	5	14	39	72	132	99	20

Le maximum de fréquence correspond à la septième décade dans les deux sexes ; mais on ne trouve plus que 22 o/o d'hommes ayant dépassé 70 ans et 31 o/o de femmes ; 33 sujets, c'est-à-dire moins de 5 o/o étaient âgés de 81 ans au moins.

L'âge moyen des malades atteints d'*ulcus rodens* permet de constater, entre les différentes localisations, des écarts beaucoup plus importants que ceux déjà signalés à propos des épidermoïdes. Le pourcentage des sujets ayant dépassé 60 ans, égal à 85 dans le cas des lésions siégeant aux oreilles, descend progressivement à 69 pour celles du front, à 60 pour les paupières, 56 pour le menton, le nez et les régions génio-massétérines, 58 pour les régions temporo-zygomatiques, 51 pour le cuir chevelu, et seulement 35 pour les *ulcus rodens* de la lèvre supérieure.

Les nombres précédents, comparés à ceux fournis à propos des épidermoïdes, confirment la notion classique de l'apparition plus précoce des *ulcus rodens*. Ils établissent, pour chaque territoire, l'importance de cette variation, parfois très marquée. Particulièrement caractéristique est le cas de la région auriculo-mastoïdienne, qui, au contraire de toutes les autres, donne naissance aux *ulcus rodens* à un âge beaucoup plus avancé que celui auquel apparaissent la moyenne des épidermoïdes.

Extension des lésions. — Il n'y a pas lieu d'être surpris de ce que l'évaluation de la malignité, par la proportion des cas ayant dépassé le stade I, corrobore la faible malignité des *ulcus rodens* par comparaison avec les épidermoïdes. C'est seulement dans la localisation auriculo-mastoïdienne que les lésions des stades II et III l'emportent sur celles du stade I (61 o/o); à ce point de vue, les *ulcus rodens* des autres régions donnent un pourcentage de lésions avancées de 50 pour le menton, 47 pour les paupières, 44 pour le cuir chevelu, 35 pour les tempes, 33 pour le front, 32 pour la lèvre supérieure, 30 pour le nez, et enfin 24 pour les joues, la localisation où les *ulcus rodens* offrent la plus faible malignité.

Répétons qu'aucune fois l'envahissement des voies lymphatiques n'a été constaté parmi 690 *ulcus rodens*, dans lesquels nous avons rangé, sous le qualificatif de parakératoïdes, les néoplasmes dont la structure répondait aux épithéliomas dits « intermédiaires ».

Lieux d'élection. — Ils sont différents de ceux signalés à propos des épidermoïdes. Les *ulcus rodens* prédominent aux emplacements recouverts par une peau mince, lisse et se plissant facilement : faces latérales du nez plutôt que bord antérieur, régions médio-frontale et temporo-frontales plutôt que bosses frontales, pourtour pré- et rétro-auriculaire plutôt que pavillon de l'oreille, fosses temporales plutôt qu'arcades zygomatiques.

Variétés et types histologiques. — Les 690 *ulcus rodens*, classés d'après les caractères structuraux qui ont été indiqués (toutes les réserves qui ont été formulées sur ce mode de classement étant renouvelées) se répartissent en 519 lobulés (75 o/o), 86 adénoïdes (12,5 o/o) et 85 parakératoïdes (12,5 o/o). Tandis que la première variété affectait un peu plus fréquemment les femmes (57 o/o), on a trouvé une égale proportion d'adénoïdes dans les deux sexes (53 o/o de femmes); mais les parakératoïdes ont été observés avec une fréquence nettement supérieure chez l'homme (57 o/o).

Dans le tableau suivant, la proportion des trois types d'*ulcus rodens* est fourni pour chaque localisation :

Régions	Type sébacé o/o	Type pilaire o/o	Type sudoripare o/o
Cuir chevelu	83	17	»
Auriculo-mastoïdiennes .	82	18	»
Temporo-zygomatiques .	68	21	11
Fronto-sourcilière. . .	64	20	15
Oculo-palpébrales . . .	41	33	26
Nasale.	34	40	26
Génio-massétérines. . .	33	48	19
Mentonnière.	25	17	58
Lèvre supérieure . . .	20	45	35

La disposition du tableau, dans lequel les localisations figurent dans l'ordre de l'importance décroissante du type sébacé, met en évidence un curieux balancement avec le type sudoripare qui s'observe avec une fréquence à peu près inverse. On peut se rendre compte, également, que surtout la partie médiane de la face donne naissance aux épithéliomas de ce dernier type.

Pour l'ensemble des *ulcus rodens* de la tête, la proportion des épithéliomas sébacés s'équilibre dans les deux sexes (42 o/o); on constate une légère différence pour ceux du type pilaire qui l'emportent un peu chez l'homme (38 au lieu de 34 o/o) alors que les sudoripares l'emportent chez la femme (24 au lieu de 20 o/o).

3° **Les non épidermoïdes spéciaux.** — Au nombre de 16 (moins de 2 o/o de l'ensemble des épithéliomas cutanés de la tête) : 5 avaient pris naissance sur les régions orbito-palpébrales, 4 sur le nez, 2 sur les oreilles (lobule et conduit), 1 sur le front, 1 sur la tempe, 2 sur les joues et 1 sur le menton.

Pour la plupart, ces cancers ont été reconnus histologiquement

comme des adénocarcinomes, le plus souvent d'origine sudoripare. Au point de vue de l'âge, une malade, lupique, avait 30 ans; une autre 42; 3 hommes étaient dans la 6e décade; 6 malades dans la 7e et 5 dans la 8e.

Les hommes ne figurent que pour 4 cas, ce qui donne aux femmes une prédominance de 75 o/o. Il s'agissait presque toujours de néoplasmes à marche rapide (début entre 1 et 3 ans), de malignité marquée : 2 cas seulement au stade I, 8 au stade II, 6 au stade III. Chez 9 de ces malades, une adénopathie cancéreuse existait lors du premier examen, ou s'est développée par la suite (56 o/o).

II. — *L'hypothèse de l'origine solaire des épithéliomas de la peau*

Le fait que les cancers cutanés prennent le plus souvent naissance sur les parties découvertes, peau de la face surtout et du dos des mains, a suscité un certain nombre d'hypothèses explicatives. Depuis longtemps, les individus livrés aux intempéries ont été considérés comme sujets au cancer de la peau; on admettait que certaines professions, astreignant à une particulière exposition aux agents extérieurs, faisaient payer à ceux qui s'y adonnent un tribut plus lourd d'épithéliomas cutanés, de « Seemanhautcarcinom » suivant l'expression d'Unna.

Dès 1896, Dubreuilh attribue à la lumière solaire l'action irritative principale. Il précise sa manière de voir en 1907, en incriminant les rayons violets et ultra-violets, susceptibles de jouer, dans la pathogénie des cancers de la peau, un rôle comparable à celui, mieux établi, que peuvent jouer les rayons X. Leur action consisterait dans la provocation de kératose sénile, affection qui se comporte comme une dermatose précancéreuse. Cette conception expliquerait, en premier lieu, la prédilection de la kératose sénile pour certaines régions (front, nez, joues, oreilles, régions parotidiennes), favorablement exposées à l'insolation; comme aussi la plus grande fréquence chez les campagnards; comme enfin l'atteinte d'un territoire cutané, plus habituelle dans un sexe que dans l'autre. Par exemple, la préservation relative des femmes contre le cancroïde des oreilles tiendrait au port d'un foulard protégeant ces organes contre la lumière; d'autres différences, paraissant liées au sexe, quant à la distribution topographique de ces cancers, s'expliqueraient égale-

ment par certains dispositifs vestimentaires. Mais cette pathogénie s'appliquerait exclusivement aux épithéliomas kératosiques, c'est-à-dire aux épidermoïdes. Les *ulcus rodens*, au contraire, naîtraient d'emblée sur une peau saine; l'exposition à la lumière et au grand air n'aurait pas d'influence sur leur production; ni par conséquent l'exercice d'une profession soit aux champs, soit sédentaire *intra muros*.

Le rôle de protection, attribué à la coiffure, a été également invoqué par Roffo. Les rayons solaires fixeraient dans la peau une quantité de cholestérine proportionnelle au degré d'exposition du tégument à la lumière, l'hypercholestérinie locale prédisposant au cancer. Chez les cultivateurs argentins, dont le front est habituellement ombragé par un chapeau, la peau du nez contiendrait une plus forte proportion de cholestérine que celle du front; au contraire, chez les femmes pour lesquelles l'usage n'est pas qu'elles portent une coiffure à la campagne, la richesse en cholestérine serait équivalente dans la peau de ces deux mêmes régions. La particulière fréquence des épithéliomas du nez tiendrait à la captation par cet appendice d'une quantité particulièrement importante de rayonnement, du fait de sa situation anatomique.

Il ne semble pas qu'il y ait lieu de discuter longuement cette intervention de coutumes vestimentaires pour expliquer des prédispositions de siège et de sexe, que l'on retrouve dans les statistiques de pays aussi divers en climats et en modes que la France, les Etats-Unis d'Amérique, l'Argentine et l'Australie, entre autres. On peut accepter que les femmes, ayant plus souvent que les hommes les oreilles protégées, doivent être moins sujettes au cancer du pavillon; mais ceci est-il conciliable avec le fait que les épithéliomas du cuir chevelu et ceux du conduit auditif prévalent grandement chez les individus de ce sexe? Peut-on raisonnablement soutenir que la lèvre supérieure ou le menton soient tellement moins exposés que les joues à la lumière, que celà explique la proportion si faible de ces cancers par comparaison avec la région adjacente? En outre, cette théorie ne fournit aucun éclaircissement sur les variations locales de la structure histologique des épithéliomas.

Mais, par ailleurs, il paraît difficile de se refuser à admettre que les rayons ultra-violets puissent se comporter, dans certaines conditions, comme un agent cancérigène. Dans ces dernières

années, plusieurs expérimentateurs ont obtenu, chez l'animal, des épithéliomas de la peau par exposition à ce rayonnement. Le rôle de la lumière dans la cancérisation du *Xeroderma pigmentosum* ne fait de doute pour personne. Et ce rôle est admis par maints cliniciens, non seulement dans la pathologie des cancroïdes, mais aussi dans celle des *ulcus rodens*. A ces arguments, j'ajouterai celui-ci que, parmi les rares cas d'*ulcus rodens* des régions couvertes que j'ai eu l'occasion d'observer (tronc ou membres), plusieurs étaient apparus sur des peaux antérieurement soumises à l'action des rayons X. Il semble donc qu'on doive compter les radiations solaires parmi les causes, vraisemblablement multiples, efficientes ou favorisantes, des cancers de la peau : cette cause-là n'étant d'ailleurs ni nécessaire ni suffisante.

Mais si l'on se représente que les rayons solaires les plus actiniques sont presque totalement absorbés dans une épaisseur de tissu correspondant environ à l'épaisseur moyenne de l'épiderme, une interprétation s'offre, susceptible d'expliquer en partie les différences que nous avons reconnues dans la répartition des épithéliomas de la peau.

Posons d'abord les principaux éléments sur lesquels se base cette explication :

a) La majorité des chercheurs, qui se sont livrés à la mesure de la pénétration des ultra-violets à travers la peau, ont abouti à des résultats sensiblement comparables : une épaisseur d'environ un demi-millimètre de cet organe suffit à absorber les rayons de longueur d'onde inférieure à 3.800 Å.

b) Au niveau de la face, l'épiderme — qui n'atteint nulle part de très grandes épaisseurs — mesure à lui seul de 0 mm. 03 à 0 mm. 30 suivant les territoires.

c) L'anatomie microscopique de la peau signale des variations locales relativement importantes dans la richesse, la situation et même dans la constitution des formations épithéliales dérivées, follicules pilo-sébacés et glandes sudoripares.

Les glandes sébacées, très inégalement réparties, se trouvent, avec une particulière abondance au niveau du front et du cuir chevelu, au pourtour de l'orifice palpébral et sur les faces latérales du nez, sur le pavillon de l'oreille et sur les tempes. Les unes s'ouvrent dans la cavité du follicule d'un poil développé, à une profon-

deur relativement grande de la surface externe du tégument ; c'est le cas par exemple au cuir chevelu et sur les régions sourcilières. Ailleurs, les glandes s'abouchent directement à l'épiderme, mais leur lumière donne souvent passage à un poil rudimentaire : tantôt ce sont d'énormes glandes composées, formant sous l'épiderme un tapis compact et épais, ainsi dans les régions temporales, au pavillon de l'oreille, au front, sur les ailes des narines ; tantôt, réduites à un utricule simple, plongeant peu dans le derme, elles se présentent espacées les unes des autres, comme sous l'épiderme des paupières, des faces latérales du nez ou de la lèvre supérieure chez la femme.

Inutile d'insister sur les différences considérables entre la distance qui sépare de l'épiderme un bulbe pileux, suivant qu'il s'agit d'un cheveu ou d'un poil duvet ; ni sur l'importance très variable des couches cellulaires qui constituent les gaines épithéliales respectives de ces formations. Quant aux glandes sudoripares, leur profondeur très inégale suivant les régions, les avait fait diviser par les anciens anatomistes en intradermiques et sous-cutanées. Rares et même absentes sur une certaine étendue du pavillon de l'oreille, elles sont volumineuses et assez profondes au niveau du front, tandis que petites et superficielles au niveau des paupières et du nez.

A côté de ces différences grossières (dont les exemples sont classiques) qui font varier d'un point à un autre la structure de la peau, il faut ajouter celles qui sont dues au sexe dans le développement respectif des systèmes pileux et glandulaire, et aussi celles qu'y apporte progressivement l'âge. La poursuite de ces détails ayant pu paraître accessoire aux anatomistes et par conséquent être négligée, on est conduit à penser que la recherche systématique de ces variations en mettrait en évidence d'autres qui restent ignorées.

Toute discussion sur l'influence des rayons solaires étant pour le moment laissée de côté, remarquons combien la connaissance de la structure régionale de la peau apporte déjà d'éclaircissement sur les variations dans la répartition des différents types d'épithéliomas cutanés. Elle donne un renfort singulier à la théorie qui cherche l'origine de chacun de ceux-ci dans une formation anatomique particulière. Si de l'épiderme proviennent la majorité des épithéliomas kératosiques, les glandes sébacées, par leurs cellules soit sécrétan-

tes soit cloisonnantes, pourront donner des cancers susceptibles de métamorphose cellulaire, dans le sens de la dégénérescence soit graisseuse, soit plus ou moins épidermoïde. Mais à partir du collet de ces glandes ou des follicules pilo-sébacés rudimentaires, on peut admettre l'origine d'*ulcus rodens* de type sébacé; de même que ceux du type pilaire proviendraient de la gaine épithéliale externe et du bulbe pileux de ces mêmes formations; et ceux du type sudoripare des canaux sudorifères. Enfin, l'origine glomérulo-sudoripare des adénocarcinomes tubulés de la peau n'est pas à discuter puisque généralement admise.

La correspondance entre la richesse locale des formations dérivées de l'épiderme et la prépondérance en ce point de cancers du type correspondant, ressort avec évidence de tout ce qui a été exposé précédemment à propos des épithéliomas de chaque région.

Mais où, dans notre hypothèse, aurait à intervenir l'action du rayonnement solaire, c'est pour expliquer la prédominance locale d'une race d'épithélioma, tantôt cancroïde, tantôt *ulcus rodens*. En cas d'épaisseur importante de l'épiderme, les rayons seraient presque totalement absorbés par lui, et le territoire donnerait naissance surtout à des épidermoïdes : ainsi au niveau du lobule du nez, de l'arcade zygomatique, des bosses frontales, de l'ourlet du pavillon de l'oreille (1). Là où la finesse du revêtement épithélial de surface permet à une importante proportion de rayons d'atteindre le derme, ils y rencontreraient des conditions particulièrement favorables pour exercer leur pouvoir cancérigène sur les formations épithéliales incluses. En effet, soit qu'ils agissent par l'intermédiaire du tissu conjonctif (dont on connaît les transformations des fibres collagènes et élastiques qui coïncident avec beaucoup d'*ulcus rodens*), soit qu'ils trouvent dans les dérivés de la peau des éléments plus sensibles, ces rayons entraîneraient plus précocement la cancérisation (les *ulcus rodens* apparaissent en général à un âge moins avancé) et à dose moindre qu'au niveau de l'épiderme. Dans ces conditions, la situation proche ou distante de l'épiderme

(1) Les épithéliomas des mains siègent presque tous à la face dorsale. On peut penser que leur rareté sur la face palmaire tient à l'épaisseur considérable de la couche cornée dans cette région, qui suffirait à arrêter la plus grande partie des rayons et protégerait ainsi les cellules épidermiques sous-jacentes.

qu'occupent follicules pileux et glandes sudoripares de la région, de même que leur nombre, joueraient un rôle considérable dans la prédominance de tel ou tel type d'*ulcus rodens*. Toujours est-il que ces *ulcus rodens*, ainsi que cela a été précédemment établi, prédominent sur les zones recouvertes d'un épiderme très mince : paupières, faces latérales du nez, fosses temporales, sillons circum-auriculaires.

Sans insister plus longuement sur ce facteur étiologique des rayons lumineux, par lequel il faut bien se garder de chercher à tout expliquer dans le domaine des épithéliomas cutanés, terminons cet exposé par quelques exemples typiques, pour illustrer l'influence qu'exercent les détails de structure locale de la peau sur l'histo-pathologie des cancers qui s'y développent.

La région oculo-palpébrale, caractérisée par la minceur de son épiderme, est celle qui fournit la plus forte proportion d'*ulcus rodens*. Comme particularité anatomique à ce niveau, il faut signaler l'abondance des formations glandulaires, puisqu'aux glandes ordinaires s'en ajoutent de spéciales : *a)* tubuleuses, assimilables à des sudoripares (glandes de Moll, de Henle), occupant particulièrement le bord libre des paupières et la région caronculaire ; *b)* en grappes, assimilables à des sébacés (glandes de Zeiss annexées aux cils, de Meibomius logées dans le tarse) ; *c)* acineuses, assimilables à des lacrymales accessoires (glandes de Krause) s'ouvrant au voisinage de la commissure interne. Cette richesse particulière suffit à expliquer la fréquence des *ulcus rodens* adénoïdes à proximité des commissures internes, et le fait que les adénocarcinomes se rencontrent ici en plus forte proportion que partout ailleurs. Mais, la moindre exposition de la paupière supérieure à la lumière peut-elle être acceptée comme raison suffisante de la rareté des *ulcus rodens* sur cet organe, par comparaison avec ce qui s'observe sur la paupière inférieure ? Ou bien la direction des tubes glandulaires, dans le sens contraire à la pesanteur, et les rétentions qui peuvent en résulter réaliseraient-elles une cause adjuvante favorable au développement de l'*ulcus rodens* dans la paupière inférieure ?

Les régions temporo-zygomatiques et auriculaires ont été signalées comme fournissant une très forte proportion d'épithéliomas de type sébacé, aussi bien cancroïdes qu'*ulcus rodens* : la notion de l'existence d'une nappe sous-épidermique de nombreuses et volu-

mineuses glandes sébacées en grappes correspond à la prédominance de ce type de cancer. Opposons, enfin, l'absence d'épithéliomas sudoripares au niveau de l'oreille, région très pauvre en glandes sudoripares (mises à part les cérumineuses), avec la fréquence des *ulcus rodens* de ce type sur les faces latérales du nez par exemple, où celles-ci sont nombreuses.

En outre de ces arguments tirés des observations analysées précédemment, l'étude des épithéliomas cutanés à localisations multiples en fournirait d'autres. Mais ce nouveau chapitre rendrait hypertrophique ce travail déjà long. Bornons-nous à mentionner ici que peu de ces cancers multiples ressortissent à une altération ou à une prédisposition de système (pileux, sébacé, sudoripare, ou épidermique) et offrent alors les mêmes caractères histologiques, quel que soit le siège des diverses localisations. Le plus souvent, le type de l'épithélioma apparaît conditionné par son siège, et les malades, qui présentent (simultanément, mais en général successivement) plusieurs cancers cutanés, développent des cancroïdes aux lieux d'élection de cette race de cancers et des *ulcus rodens* aux lieux d'élection de ceux-ci.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1° Ce travail est basé sur l'examen histologique de 1075 cas d'épithéliomas de la peau de la tête, étudiés localisation par localisation. La proportion des épithéliomas épidermoïdes, des *ulcus rodens* et des épithéliomas non épidermoïdes spéciaux a été établie pour chacune des régions orbito-palpébrale, nasale, labiale supérieure, auriculo-mastoïdienne, fronto-sourcilière, temporo-zygomatique, génio-massétérine, mentonnière et pour le cuir chevelu.

2° Sur chacune d'elles, les différentes races d'épithéliomas sont très inégalement réparties. Les épidermoïdes l'emportent au niveau des oreilles, du cuir chevelu, du front, de la région temporo-zygomatique; les *ulcus rodens* sur les paupières, le menton, le nez et les joues.

3° En outre, il existe certains sièges d'élection pour le développement de l'un ou de l'autre de ces néoplasmes. Les épidermoïdes prennent naissance avec prédilection sur l'ourlet du pavillon de

l'oreille, les arcades zygomatiques, les bosses frontales, le lobule du nez; alors que les *ulcus rodens* occupent plutôt le sillon circum-auriculaire, les fosses temporales, les faces latérales du nez.

4° Dans chacune des principales races d'épithéliomas cutanés, on peut distinguer plusieurs types histologiques, soumis eux aussi à de grandes inégalités dans leur répartition sur les différents territoires de la peau.

5° L'influence du sexe se manifeste nettement sur la distribution de certains de ces cancers. C'est ainsi que les femmes comptent pour plus de 90 o/o dans les observations de cancroïdes du front, les hommes pour 80 o/o dans ceux des oreilles.

6° Une certaine influence de l'âge peut être reconnue. Par exemple, les *ulcus rodens* se développent sur la lèvre supérieure à un âge beaucoup moins avancé que sur le front; même contraste entre les épidermoïdes du conduit auditif et ceux des paupières.

7° Les variétés et les types d'épithéliomas semblent résulter de ce que ces cancers tirent leur origine de l'une ou l'autre des formations épithéliales de la peau : les cancroïdes prennent habituellement naissance dans l'épiderme ; les *ulcus rodens* dans les follicules pilo-sébacés et les glandes sudoripares. D'où la distinction de trois types d'*ulcus rodens* : pilaire, sébacé et sudoripare.

8° A la particulière richesse anatomique de la peau, en glandes sébacées ou sudoripares par exemple, répond, sur le même territoire, une prépondérance du type correspondant d'épithéliomas.

9° Les sièges d'élection des épidermoïdes coïncident avec les régions où l'épiderme offre une épaisseur relativement grande; ceux des *ulcus rodens* avec celles dont l'épiderme est très mince.

10° Ces différences de localisation des variétés d'épithéliomas sont en faveur d'une certaine action jouée par les rayons solaires dans la provocation du cancer.

Bibliographie

Borrmann (R.). — Die Entsehung und das Wachstum des Hautcarcinoms. *Zeit. f. Krebsf.*, t. II, p. 1, 1904.

Bowlby (A.). — Sixty six cases of rodent ulcer. *Trans. of the Pathol. Soc. of London*, t. XLV, p. 152, 1894.

Coenen (H.). — Die geschichtlische Entwicklung der Lehre vom Basalzellenkrebs. *Berl. klin. Wochens.*, t. XLIV, p. 662, 1907.

Dubreuilh (W.). — Des hyperkératoses circonscrites. *Ann. de Dermat.*, 3e série, t. VII p. 1158, 1896.

Dubreuilh (W.). — Epithéliomatose d'origine solaire. *Ann. de Dermat.*, 4e série, t. VIII, p. 387, 1907.

Dubreuilh (W.) et Auché (B.). — De l'*ulcus rodens*. *Ann. de Dermat.*, 4e série, t. II, p. 705, 1901.

Duval (Rubens) et Lacassagne (A.). — Classification pratique des cancers dérivés des épithéliomas cutanés et cutanéo-muqueux. *Arch. Franç. de Path. gén. et Exp.*, fasc. 4, 1922.

Fabre-Domergue. — *Les cancers épithéliaux*. Paris, 1898.

Favre (M.) et Regaud (Cl.). — Sur les formations mitochondriales dans les cellules néoplasiques des épithéliomas de la peau et des muqueuses dermo-papillaires. *C. R. Soc. de Biol.*, t. LXXIV, p. 688, 1913

Fox (W. T.) and Fox (T. C.). — Rodent ulcer. *Trans. of the Pathol. Soc. of London*, t. XXX, p. 360, 1879.

Fuehrer. — Untersuchung der extirpirten Geschwulst. *Deuts. Klinik.*, t. III, p. 365, 1851.

Hansemann (D. von). — *Die mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste.* Berlin, 1902.

Hansemann (D. von). — Einige Bemerkungen über Epidermiscarcinom. *Berl. klin. Woch.*, t. XLIV, p. 723, 1907.

Haythorn (S. R.). — Studies on the histogenesis of the so-called « basal-cell-carcinoma ». *The Amer. Jour. of cancer*, t. XV, p. 1969, 1931.

Itchikawa (K.) et Baum (S. M.). — Etude expérimentale et comparée du cancer. *Bull. Assoc. Franç. pour l'étude du cancer*, t XIII, p. 257, 1924.

Jacob (A.). — Observations respecting an ulcer of peculiar character which attacks the eye-lids and other parts of the face. *The Dublin Hosp. Reports*, t. IV, p. 232, 1827.

Krompecher (E). — Der drüsenartige Oberflächenepithelkrebs (carcinoma epitheliale adenoides). *Beit. z. Path. Anat.*, t. XXVIII, p. 1, 1900.

Krompecher (E.). — *Der Basalzellenkrebs.* Berlin, 1903.

Krompecher (E.). — Die Entstehung der Basalzellenkrebse. *Zeit. f. Krebsf.*, t. III, p. 268, 1905.

Krompecher (E.). — Zur Frage des Basalzellenkrebses. *Berl. klin. Wochens.*, t. XLIV, p. 940, 1907.

Krompecher (E.). — Zur Kenntnis der Geschwülste und Hypertrophien der Schweissdrüsen. *Arch f. Dermat.*, t. CXXVI, p. 765, 1919.

Lebert. — *Physiologie pathologique.* Paris, 1845.

Mallory (J. B.). — Recent progress in the microscopic anatomy of differentiation of cancer. *The Journ. of Am. med. Assoc.*, t. LV, p. 1513, 1910.

Nicolas (J.) et Favre (M.). — Notes cytologiques touchant l'histogénèse des néoplasmes cutanés épithéliaux. *C. R. Soc. de Biol.*, t. LXXXII, p. 497, 1919.

Paul (F. T.). — Rodent ulcer. *Trans. of the Path. Soc. of London*, t. XLV, p. 164, 1894.

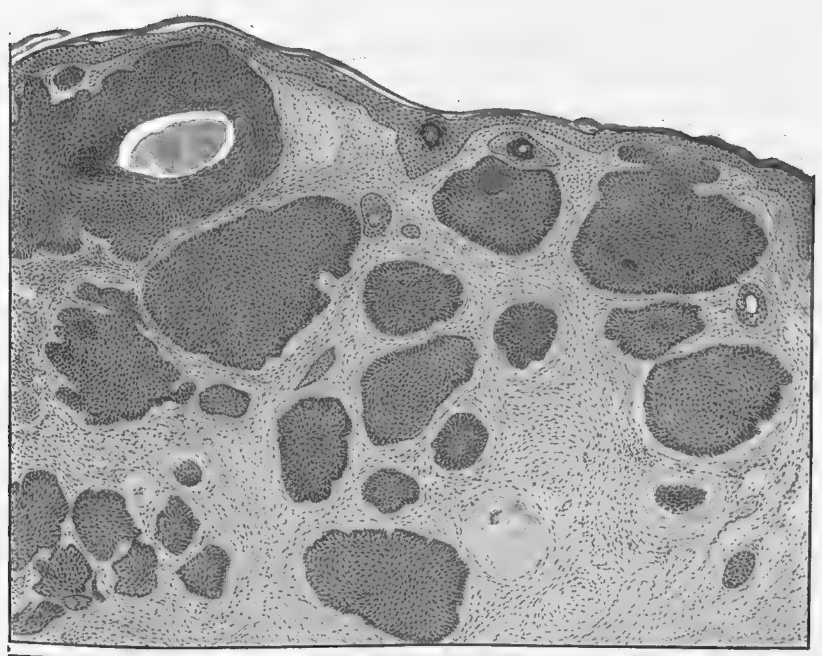
Ricker (G.). — Bemerkungen zu der Abhandlung E. Krompechers : « Zur Kenntnis der Geschwülste und Hypertrophien der Schweissdrüsen ». *Arch. f. Dermat.*, t. CXXVIII, p. 302, 1921.

Ricker (G.). — Ein letztes Wort gegen Krompechers Ableitung von Schweissdrüsengeschwülsten von der fertigen Epidermis. *Arch. f. Dermat.*, t. CXXXVI, p. 102, 1921.
Rio-Hortega (P. del) y Alvarez Cascos (M.). — Variedades histologicas del cancer de la piel. *Arch. espan. de Oncologia*, t. I, p. 25, 1930.
Robin (Ch.). — Note sur quelques hypertrophies glandulaires. *Gaz. des Hôpitaux*, t. XXV, p. 41, 1852.
Roffo (A. H.). — La cholestérine dans le cancer. *Paris Médical*, t. XXI, p. 282, 1931.
Thiersch (C.). — *Der Epithelialkrebs namentlich der Haut.* Leipzig, 1865.
Verneuil (A.). — Etude sur les tumeurs de la peau : de quelques maladies des glandes sudoripares. *Arch. gén. de Médecine*, t. IV, p. 447 et 693, 1854.
Waldeyer. — Die Entwicklung der Carcinome. *Arch. f. Path. Anat.*, t. XLI, p. 470, 1867.
Walker (N.). — The pathology of rodent ulcer. *Trans. of the Path. Soc. of London*, t. XLV, p. 172, 1894.

EXPLICATIONS CONCERNANT LES FIGURES

Tous les dessins ont été faits, à la chambre claire, par M. Bessin ou par M. Constantin, d'après des coupes histologiques de fragments de tumeurs, prélevés par biopsie et fixés extemporanément dans le mélange fixateur courant, employé à l'Institut Curie (solution aqueuse saturée de bichlorure de mercure : 80, formol du commerce : 20, acide acétique cristallisable : 4).

Chaque préparation a été dessinée à deux grossissements toujours strictement les mêmes : 60 et 450 diamètres. Il est donc possible de comparer les dimensions respectives des cellules de ces différentes variétés d'épithéliomas.



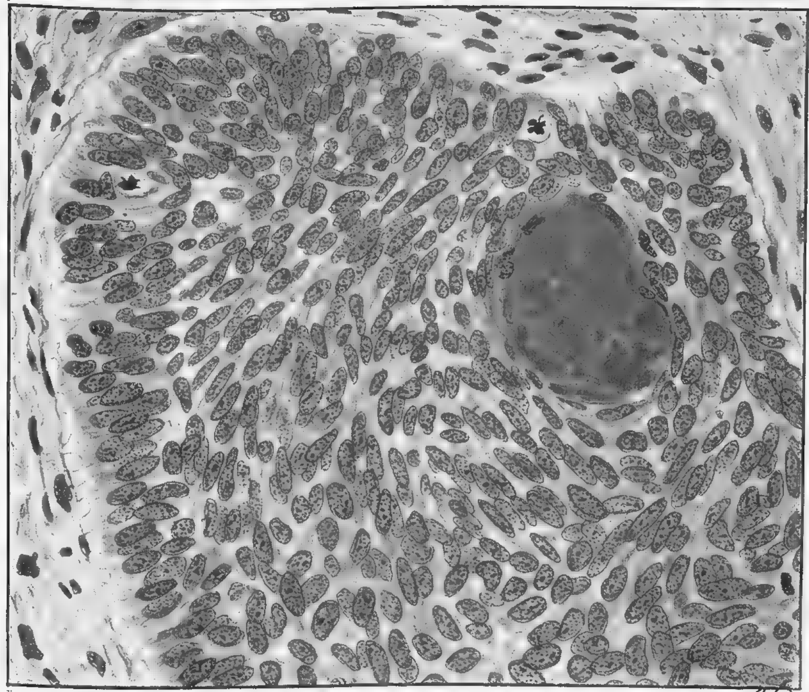


Fig. 1 et 2. — *Ulcus rodens lobulé, de type pilaire.*
Observation I. C. 178. — Femme de 38 ans. Epithélioma de la peau de la lèvre supérieure. Début apparent 6 ans auparavant ; lésion au stade I.

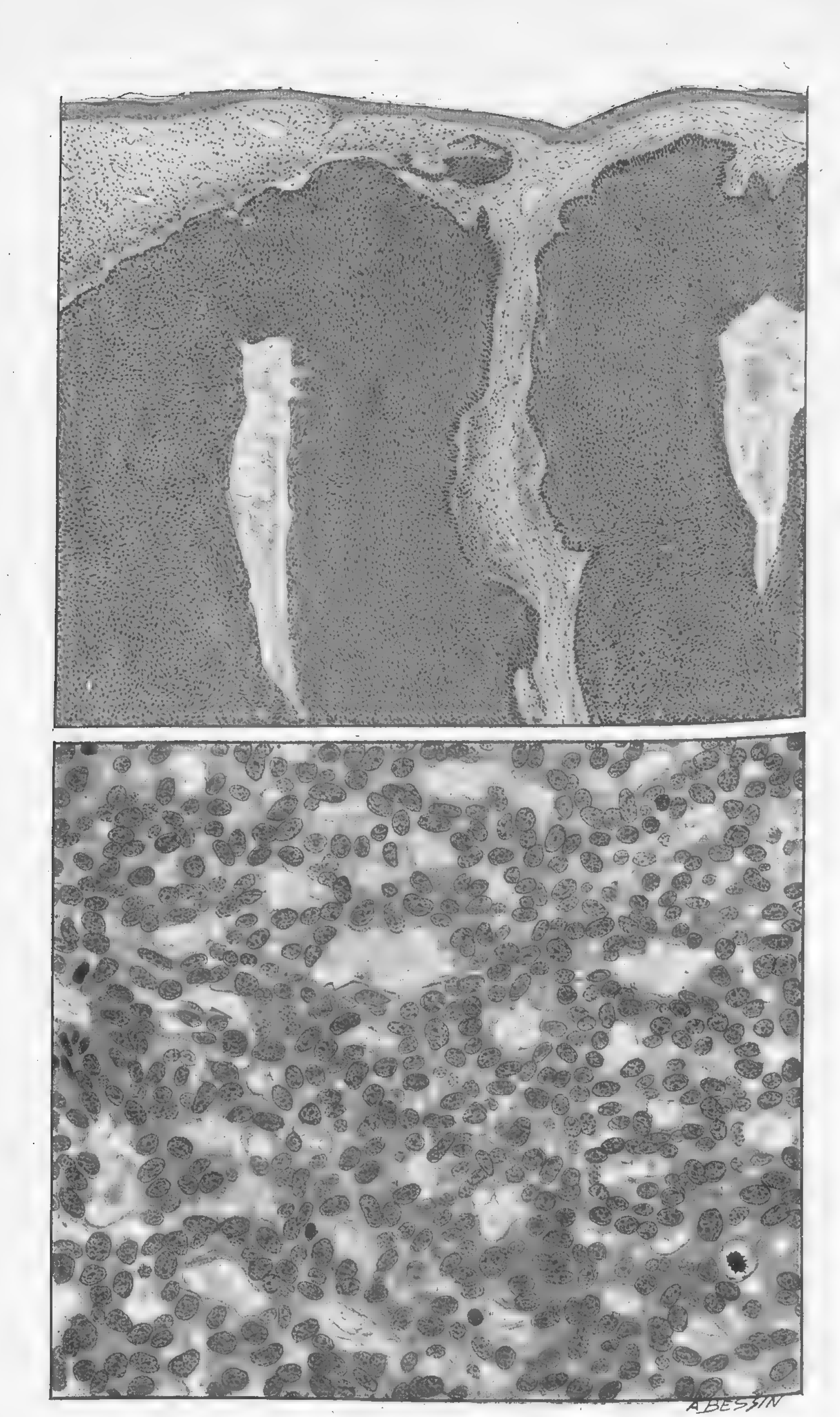


Fig. 3 et 4. — *Ulcus rodens lobulé, de type sébacé.*
Observation I. G. 112. — Homme de 60 ans. Epithélioma de la peau de la joue. Début apparent 19 ans auparavant ; lésion au stade II.

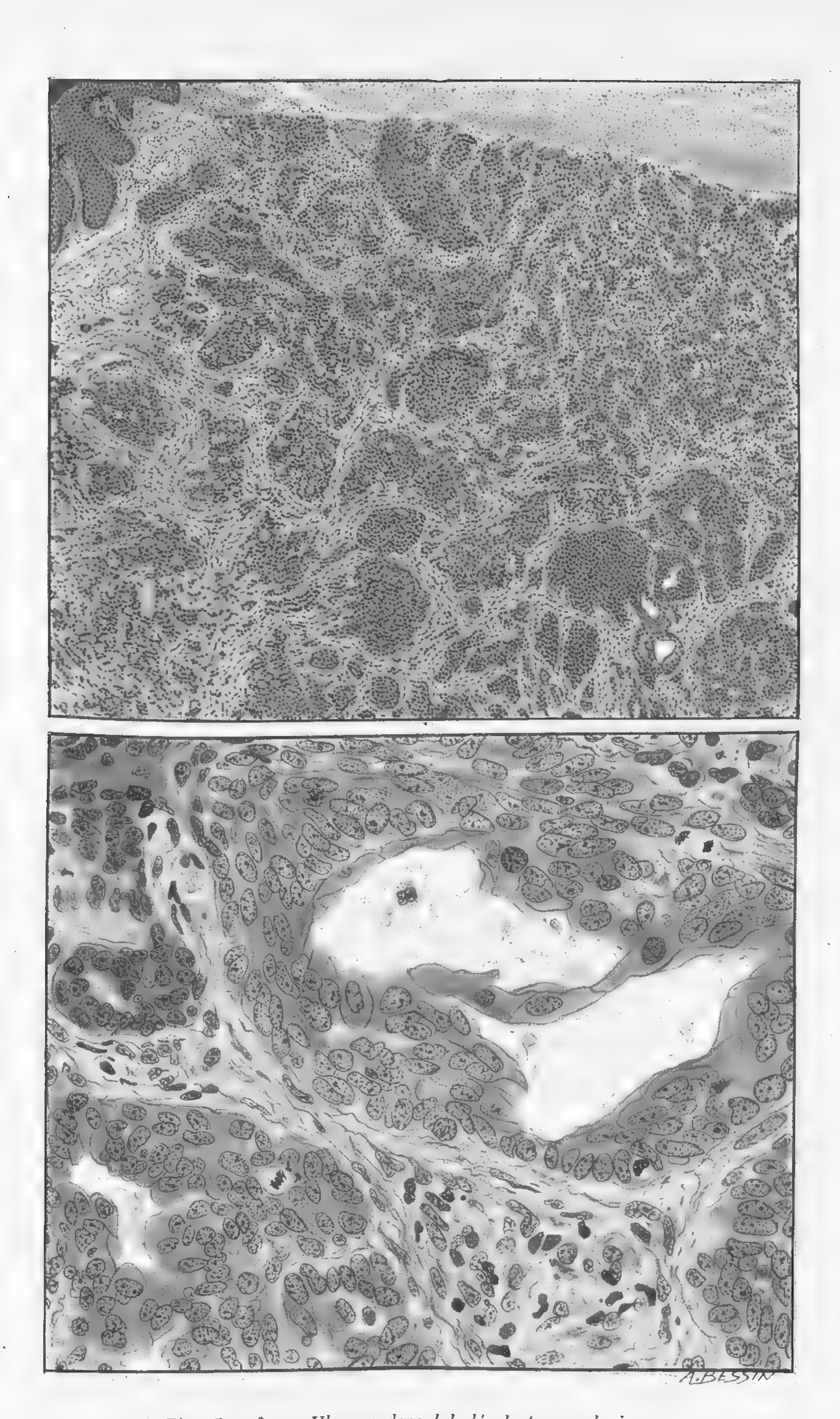


Fig. 5 et 6. — *Ulcus rodens lobulé, de type sudoripare.*
Observation I. A. 134. — Femme de 61 ans. Epithélioma de la peau de la région orbito-palpébrale. Début apparent 2 ans auparavant ; lésion au stade II.

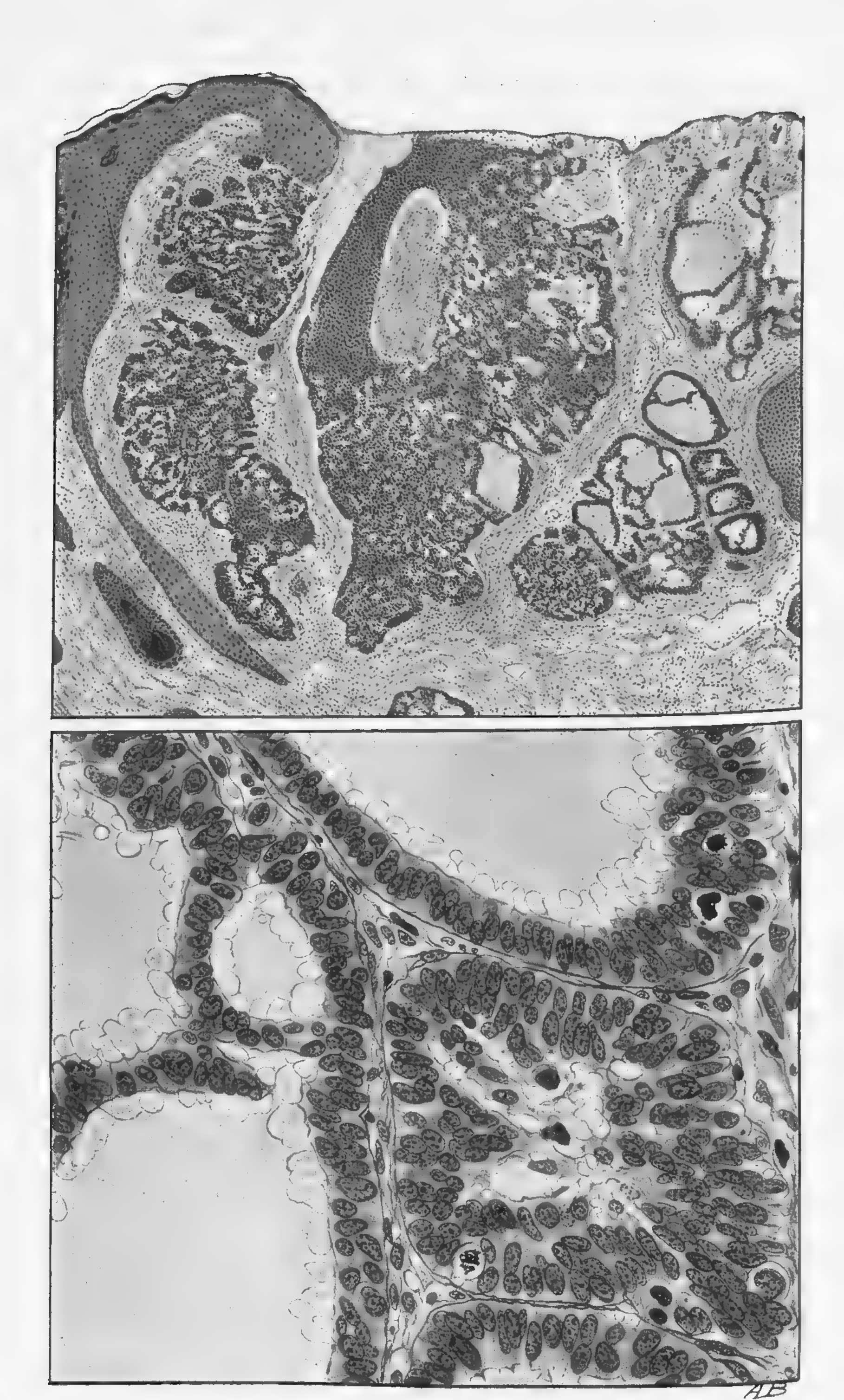
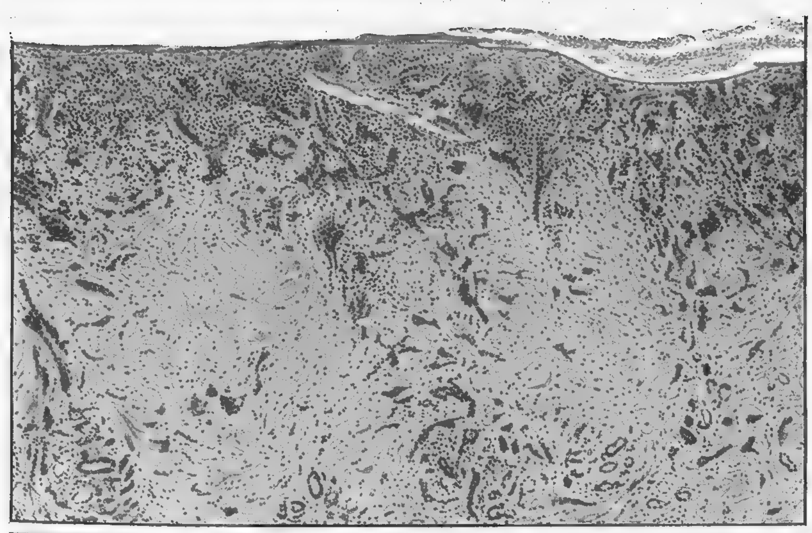


Fig. 7 et 8. — *Ulcus rodens adénoïde, de type sébacé.*
Observation I. B. 120. — Homme de 58 ans. Epithélioma de la peau du nez.
Début apparent 6 mois auparavant; lésion au stade I.



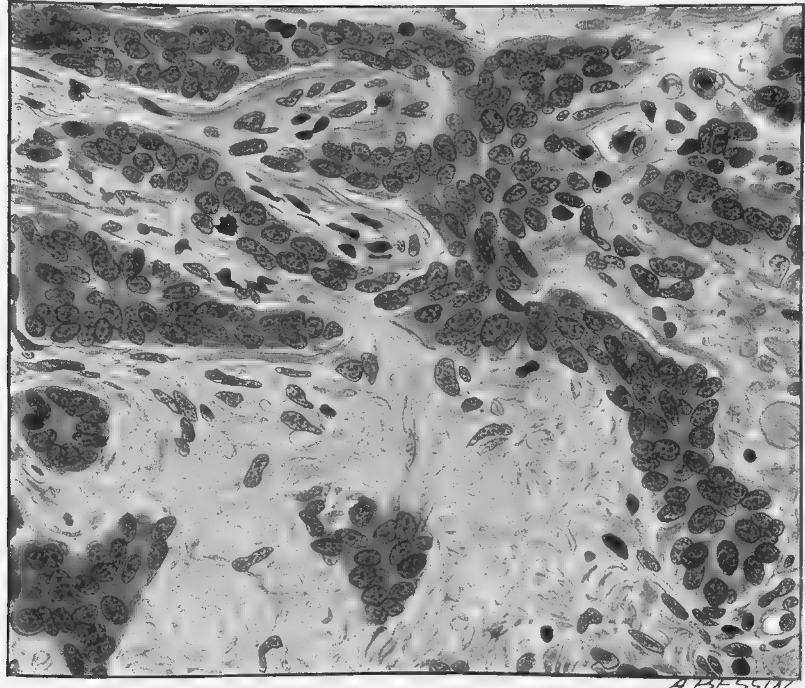


Fig. 9 et 10. — *Ulcus rodens adénoïde, de type sudoripare.*
Observation I. B. 370. — Femme de 75 ans. Epithélioma de la peau du nez.
Début apparent 4 ans auparavant; lésion au stade I.

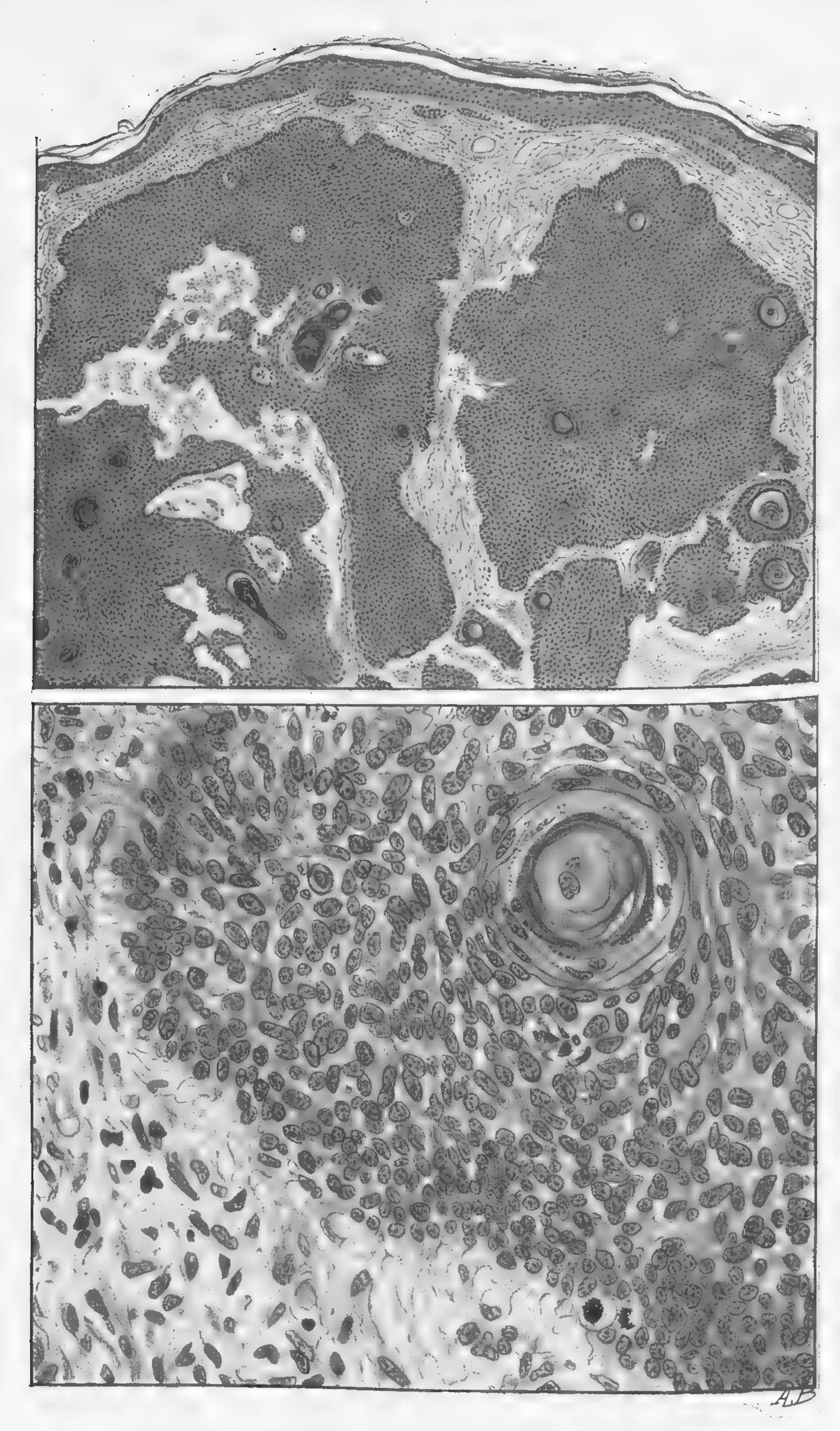


Fig. 11 et 12. — *Ulcus rodens parakératoïde, de type pilaire.*
Observation I. B. 296. — Homme de 60 ans. Epithélioma de la peau du nez.
Début apparent 4 ans auparavant; lésion au stade I.

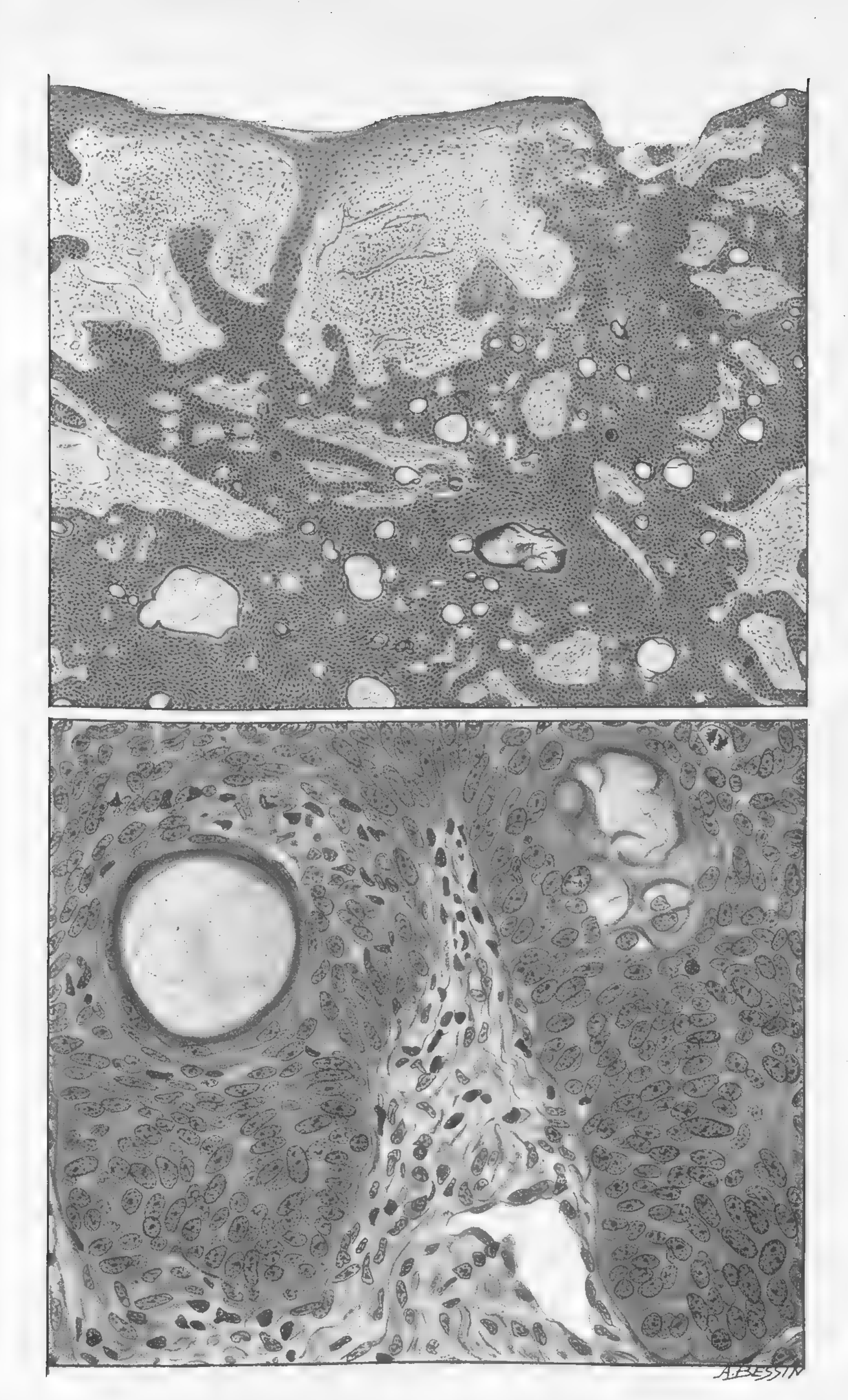


Fig. 13 et 14. — *Ulcus rodens parakératoïde, de type sébacé.*
Observation I. D. 76. — Femme de 59 ans. Epithélioma de la peau du pavillon de l'oreille. Début apparent 8 ans auparavant ; lésion au stade I.

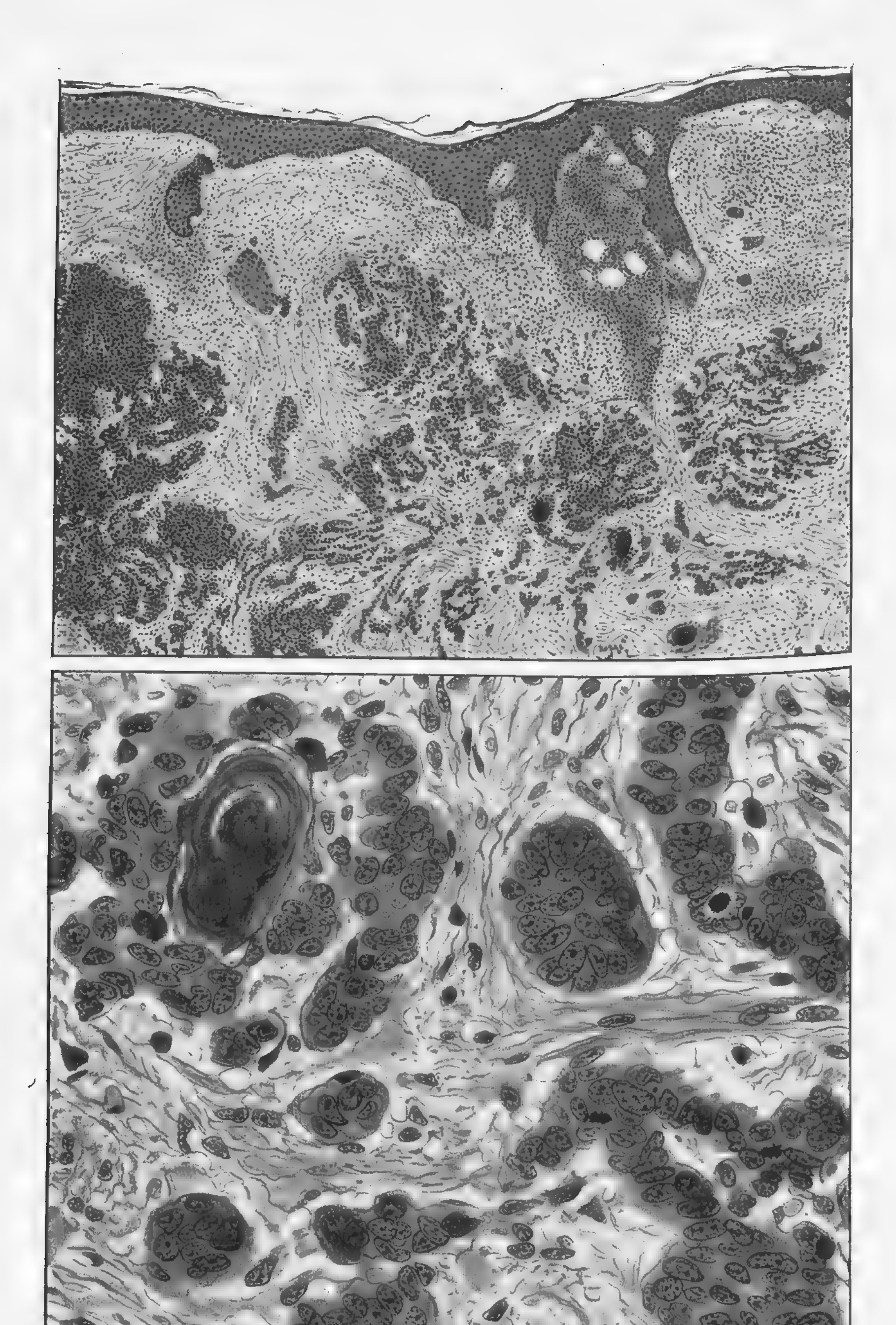


Fig. 15 et 16. — *Ulcus rodens parakératoïde, de type sudoripare.*
Observation I. D. 314. — Homme de 55 ans. Epithélioma de la peau du nez.
Début apparent 1 an auparavant; lésion au stade I.

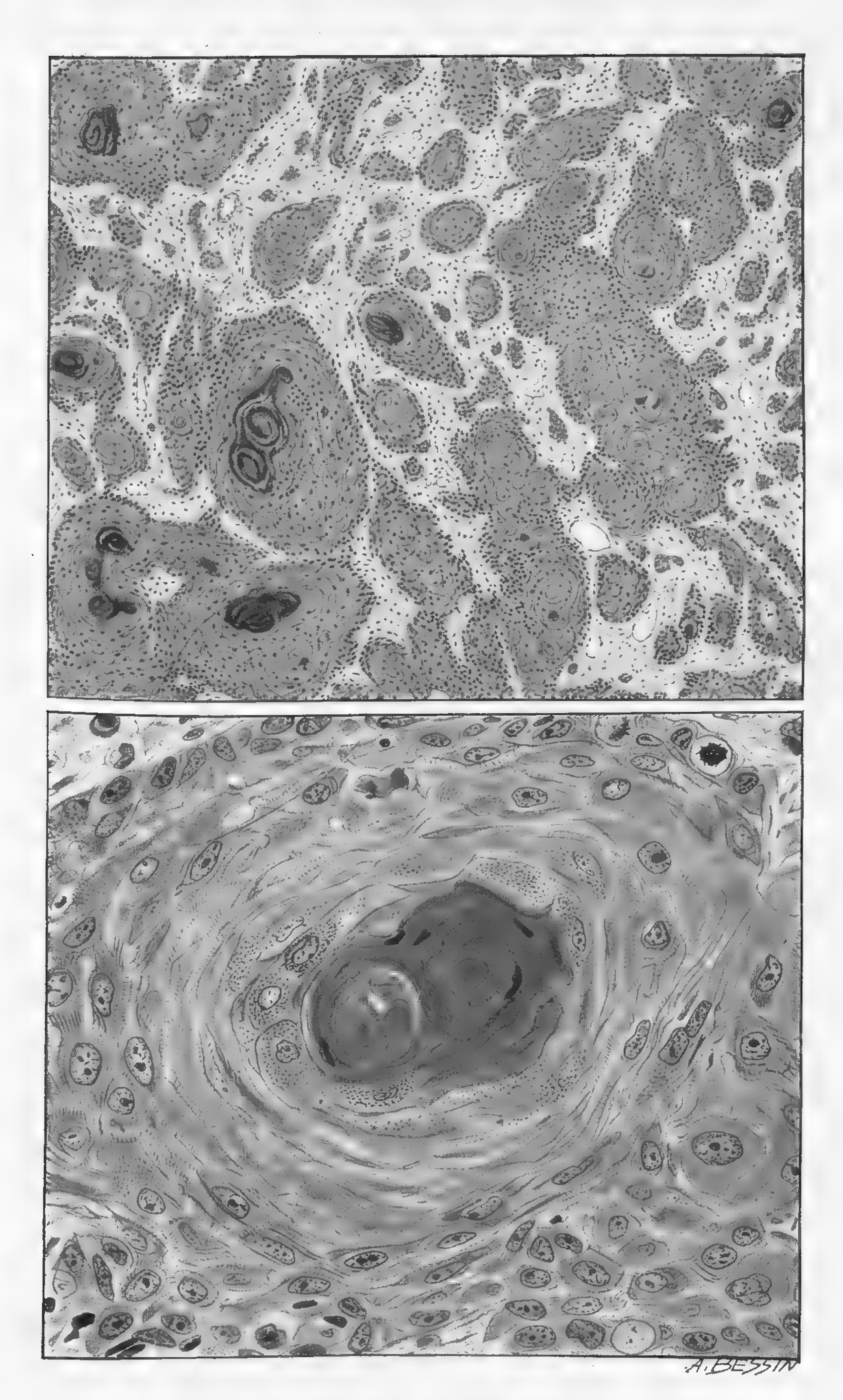


Fig. 17 et 18. — *Epithélioma à évolution épidermoïde du type cutané.*
Observation I. G. 71. — Femme de 57 ans. Epithélioma de la peau de la joue.
Début apparent 10 mois auparavant; lésion au stade III ; adénopathie cervicale.

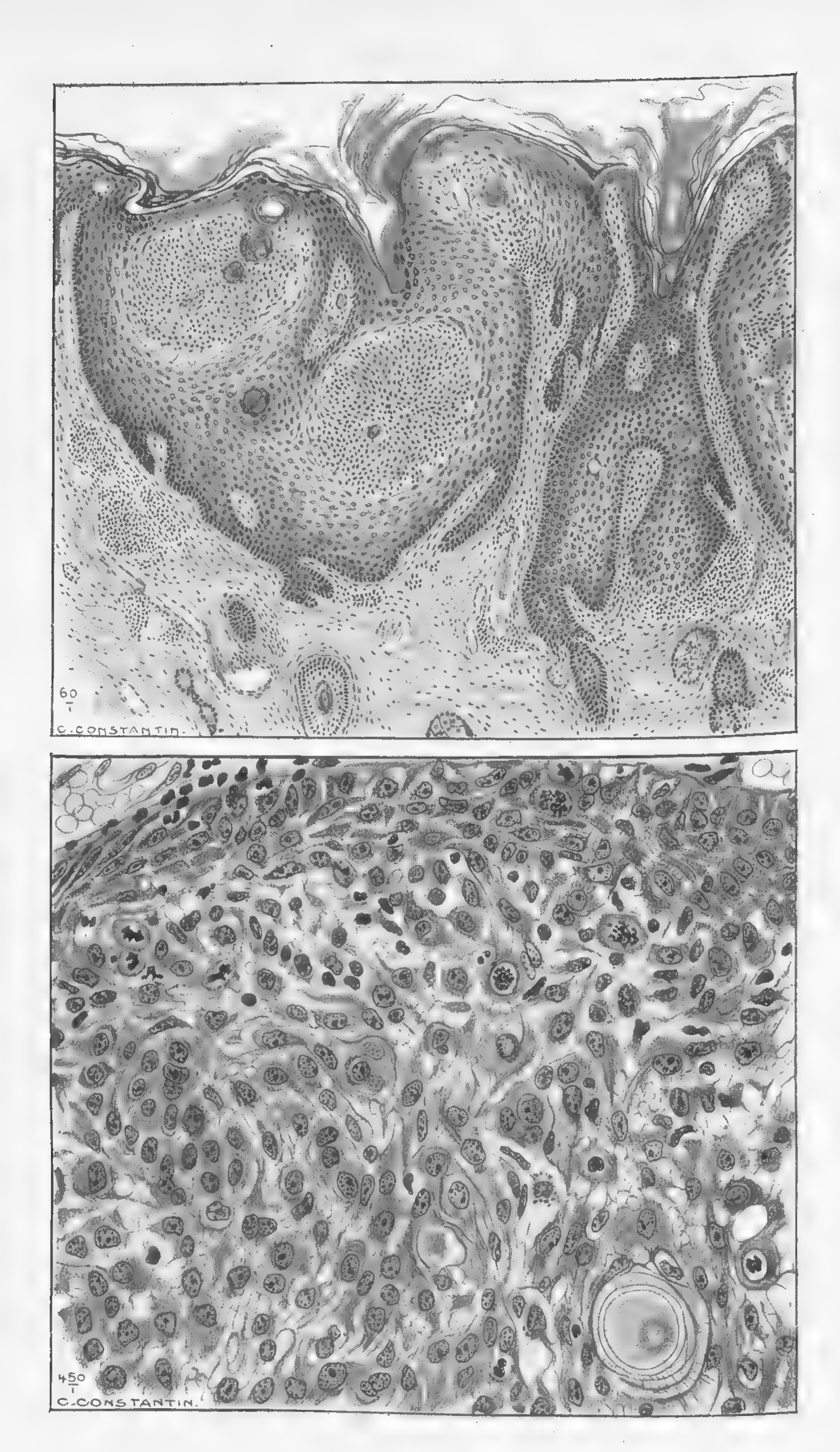


Fig. 19 et 20. — *Epithélioma à évolution épidermoïde : folliculo-épithéliome.*
Observ. I. E. 79. — Femme de 63 ans. Epithél. de la peau du front. Début indéterminé, sur tache ancienne de kératose sénile; lésion au stade I; pas d'adénopath.

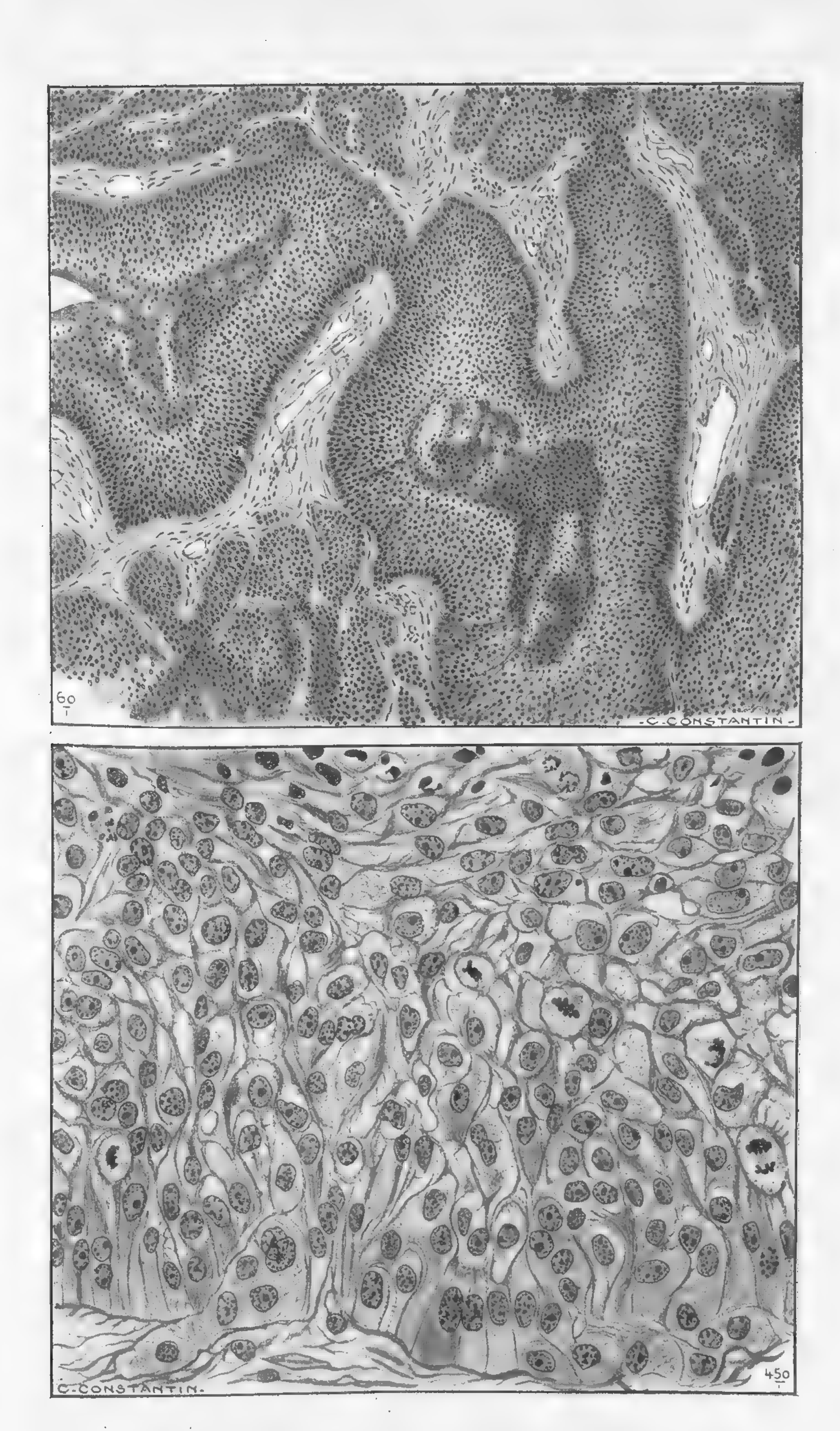


Fig. 21 et 22. — *Epithélioma à évolution épidermoïde du type des muqueuses.*
Observ. I. F. 92. — Femme de 78 ans. Epithél. de la peau de la région zygomatique.
Début apparent 1 an 1/2 auparavant : lésion au stade IV, pas d'adénopathie.

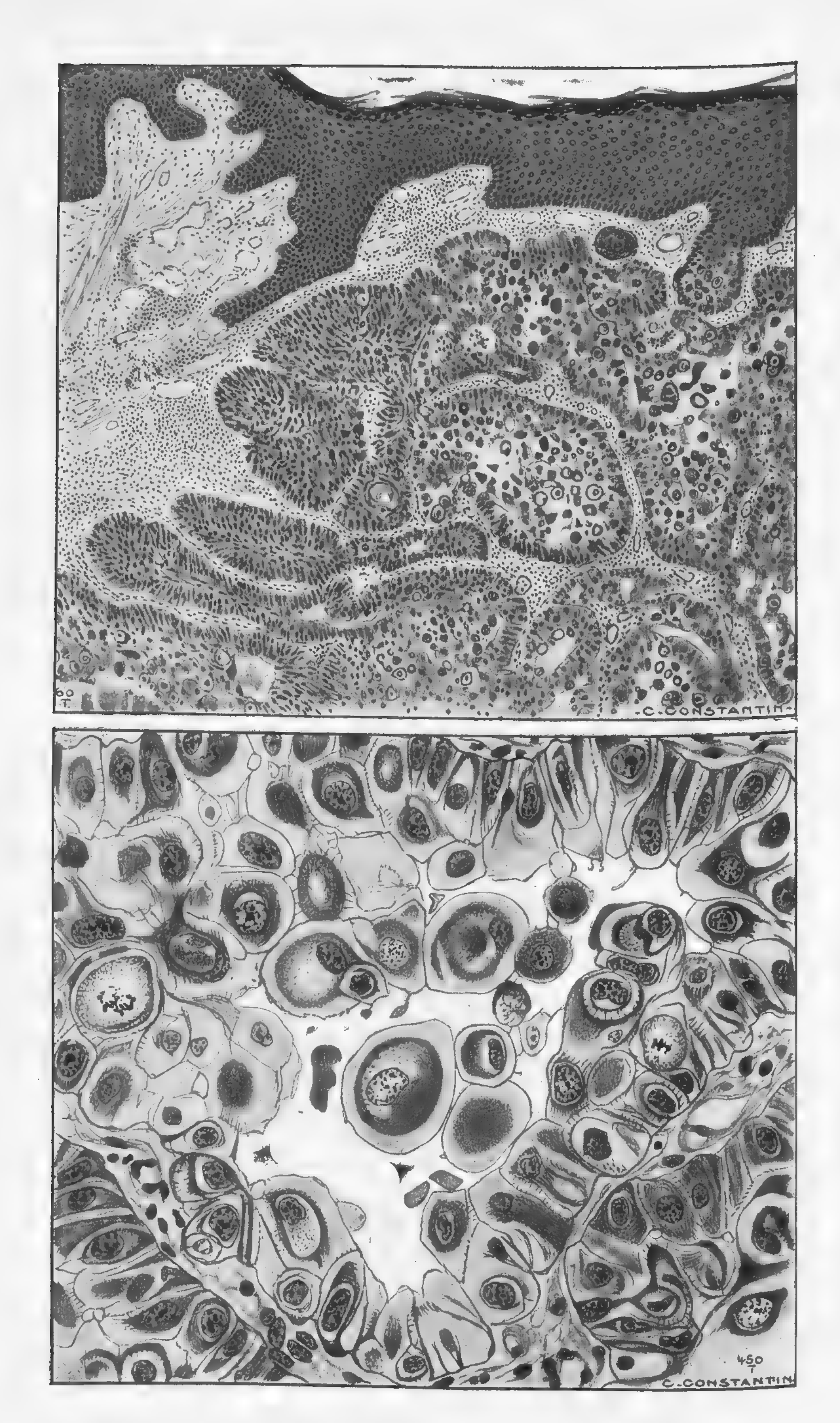
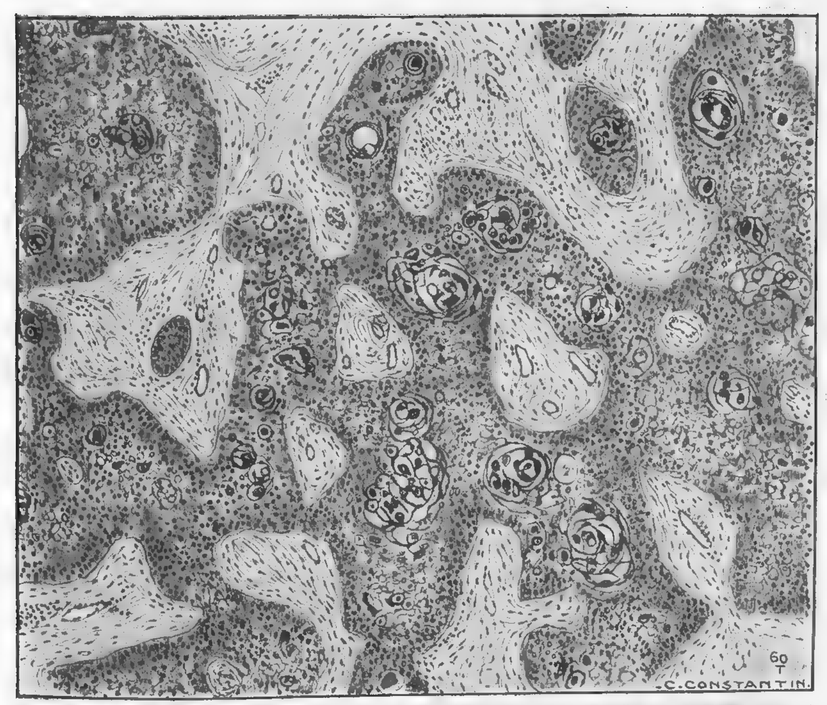


Fig. 23 et 24. — *Epithélioma à évolution épidermoïde, dyskératosique.*
Observ. I. F. 99. — Homme de 77 ans. Epithél. de la peau de la région zygomatique.
Début apparent 2 mois auparavant ; lésion au stade II, pas d'adé-nopathie.



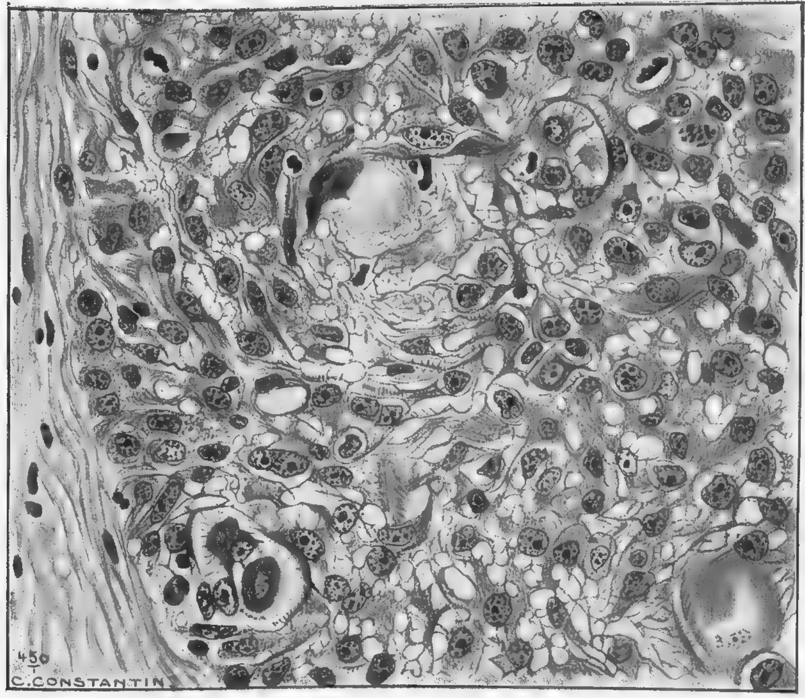


Fig. 25 et 26. — *Epithélioma à évolution épidermoïde, de type sébacé.*
Observation I. B. 126. — Homme de 61 ans. Epithélioma de la peau du nez.
Début apparent 12 ans auparavant ; lésions au stade II, pas d'adénopathie.

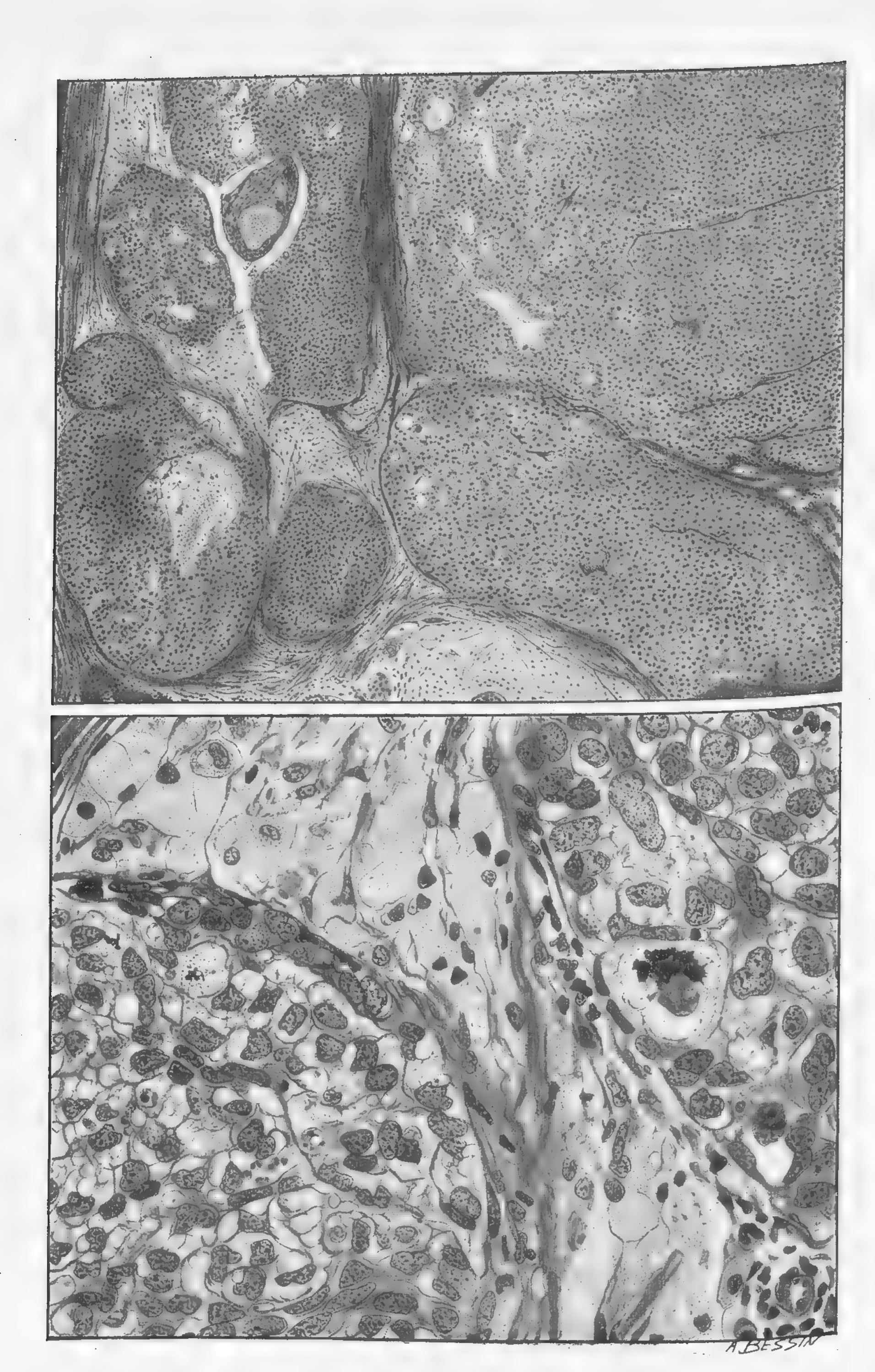


Fig. 27 et 28. — *Epithélioma à évolution sébacée*
Observation I. A. 202. — Femme de 62 ans. Epithélioma de la région palpébrale, tirant probablement son origine de la glande de Meibomius. Début apparent 3 ans auparavant ; lésion au stade II, pas d'adénopathie.

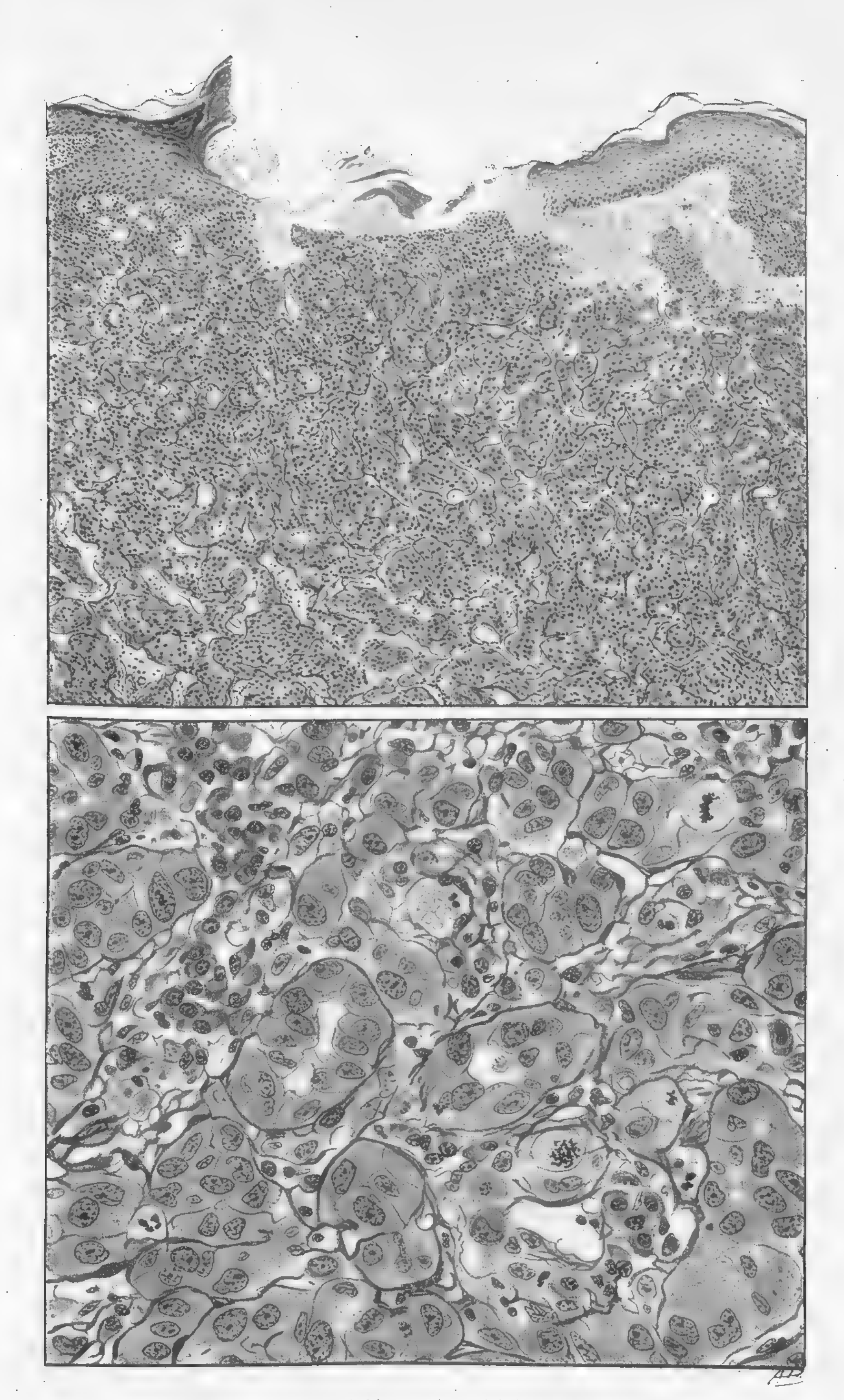


Fig. 29 et 30. — *Epithélioma non épidermoïde spécial ; adéno-épithélioma sudoripare.* Observ. I. G. 98. — Homme de 76 ans. Epithél. de la joue. Début apparent 5 ans auparavant ; lésion au stade I, volumineuse adénopathie sous-angulo-maxillaire.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en avril 1933.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Etude de l'arséno-résistance d'après une statistique hospitalière, par J. Gaté et P. Tiran. *Annales des maladies Vénériennes*, 28e année, no 4, avril 1933.

Cette étude porte sur tous les cas de syphilis observés depuis cinq ans dans le service de Gaté à l'Antiquaille. Elle fit l'objet de la thèse de Tiran (Lyon, 1932) dans laquelle on trouvera une bibliographie complète de la question. Les auteurs définissent tout d'abord l'arséno-résistance et précisent ses limites. Leur statistique porte sur 917 cas de syphilis primaire et secondaire observés depuis 1927 ; elle donne un pourcentage de 16, ce qui montre la fréquence relative de ces syphilis arséno-résistantes : on ne peut retenir une insuffisance dans la manière dont est conduite la thérapeutique novarsénobenzolique (doses, rythme des injections ou intervalles de repos) puisque ces modalités sont restées les mêmes que pendant la période s'étendant sur plus de quinze années, où l'arséno-résistance était exceptionnelle. Cette arséno-résistance se manifeste sous différentes formes cliniques : arséno-résistance atténuée, arséno-récidive, arséno-résistance caractérisée et arséno-activation. Ces différentes formes peuvent d'ailleurs se succéder ou s'intriquer. Les manifestations cutanées de l'arséno-résistance présentent, dans de nombreux cas, des caractères atypiques : surtout éruptions psoriasiformes et pityriasiformes à localisations particulières. Les manifestations viscérales, d'ailleurs rares, sont d'interprétation difficile. On peut, en ce qui concerne la pathogénie, discuter la part réciproque d'une diminution d'activité actuelle du médicament et d'une accoutumance des tréponèmes, soit au novarsénobenzol, soit aux substances inconnues tréponémicides élaborées par l'organisme sous l'action du 914, les deux causes pouvant intervenir ensemble ou séparément. Mais la fréquence actuelle de l'arséno-résistance impose la modification du traitement de la syphilis et on devra accorder une très large place au bismuth sans oublier le mercure. H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Les syphilides secondaires syphilitico-tuberculeuse, par G. MILIAN. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, no 3, mars 1933, pp. 131-163, 18 fig.

Dans ce mémoire abondamment illustré, l'auteur montre le rôle de la tuberculose associée à la syphilis dans la détermination de trois types de syphilides secondaires : la syphilide folliculaire sèche à type de *lichen scrofulosorum*, la syphilide lichénoïde, la syphilide pustuleuse acnéiforme.

La première qui se voit surtout à la fin de la roséole en reproduit la topographie par la disposition de petits groupes d'une dizaine d'éléments ressemblant à ceux de la kératose pilaire. D'autres fois, leur topographie est régionale, aux points exposés aux traumatismes externes, ou ils se disposent en bouquets comme la syphilis tertiaire. L'évolution est très lente et le mercure particulièrement inactif contre eux.

Histologiquement ce peut être une lésion identique au *lichen scrofulosorum*, infiltrat péri-folliculaire de cellules conjonctives multipliées et hypertrophiées allant jusqu'à la cellule épithélioïde et la cellule géante, avec hyperkératose à l'orifice du poil.

D'autres fois, ce sont des follicules tuberculeux sans caséification, siégeant à la partie inférieure du derme papillaire, mais n'ayant aucune relation avec les poils, ou encore à la partie supérieure du derme papillaire qui s'élargit en coupole comme dans le lichen plan, avec zones d'hyper et d'hypoéleidinose dans le *stratum granulosum.*

Outre ces lésions tuberculeuses existent dans le derme autour des vaisseaux des infiltrats à prédominance lympho- et plasmocytaire de nature syphilitique.

Ces syphilides mixtes se voient sur terrains scrofuleux ; l'intradermo-réaction à la tuberculine est positive de même que l'hypodermo-réaction et celle-ci (1/2 centimètre cube de tuberculine au millième) peut à côté des réactions locale et générale (fièvre) donner (4 fois sur 5) une réaction locale au niveau des lésions lichénoïdes.

L'action biotropique de la syphilis sur la tuberculose paraît manifeste, elle mobilise le bacille de Koch comme bien des pyrexies telles que le rhumatisme articulaire aigu peuvent le faire. Un fait analogue est l'apparition d'adénopathies tuberculeuses suppurées au cours de la syphilis secondaire et leur guérison par le traitement antisyphilitique (hétérothérapie).

Les syphilides folliculaires secondaires apparaissent sur les taches de roséole, dont elles reproduisent exactement la disposition comme le font l'alopécie en clairière et les syphilides pigmentaires.

Au point de vue thérapeutique, ne pas employer le mercure qui peut éveiller l'éruption folliculaire ; par contre, la crisalbine peut être utile sur une syphilis polyrésistante.

Il existe des syphilides lichénoïdes reproduisant identiquement l'aspect du lichen plan et dont le diagnostic ne peut être fait que par la sérologie.

Enfin, Bonnet a montré récemment qu'il faut ranger dans les lésions syphilitico-tuberculeuses les syphilides pustuleuses acnéiformes ; M. n'en a observé qu'un cas chez une tuberculeuse traitée par le pneumothorax ; l'histologie montra que le pus d'une folliculite était à peu près uniquement lymphocytaire et qu'il existait des infiltrats d'aspect tuberculoïde (cellules épithélioïdes et géantes). A. BOCAGE.

Abcès subaigu à rechutes juxta-clitoridien, par G. MILIAN et AUBERT. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, no 3, mars 1933, pp. 164-167, 1 fig.

Abcès dû à un fin bacille prenant le Gram, ayant nécessité l'ablation de la poche après récidives multiples. A. BOCAGE.

Contribution à la question de l'origine syphilitique de la sarcoïde de Bœck, par L. J. STERN. *Revue française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 9e année, no 3, mars 1933, pp. 168-173.

Observation, avec commentaires et bibliographie de la question, d'un cas de sarcoïde chez une fillette de 14 ans, présentant des stigmates d'hérédo-syphilis, et dont les lésions guérirent par un traitement ioduré prolongé.

Malgré l'existence d'ulcérations cervicales tenaces antérieures, l'auteur rejette l'idée de tuberculose et ne soulève pas l'hypothèse d'une association syphilo-tuberculeuse. A. BOCAGE.

Le psoriasis est-il une maladie d'origine interne ou d'origine externe ? par G. MILIAN. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, no 3, mars 1933, pp. 174-177.

L'existence du rhumatisme psoriasique, la topographie des lésions et surtout l'existence d'érosions ponctuées au niveau des ongles, susceptibles de précéder l'éruption d'éléments cutanés, paraissent à l'auteur les arguments les plus importants en faveur de l'origine interne du psoriasis. A. BOCAGE.

Annales de l'Institut d'Actinologie (Paris).

Biotropisme microbien et rayons ultra-violets, par R. PHELEBON. *Annales de l'Institut d'Actinologie*. Série supplémentaire, t. VI, no 2, avril 1932, pp. 83-85.

Trois observations : deux scarlatines et une rougeole consécutives à l'application de rayons ultra-violets, dans des milieux exempts de toute épidémie antérieure : deux des cas furent la source de contagions ultérieures, confirmant leur nature infectieuse. A. BOCAGE.

Archives de Médecine des enfants (Paris).

L'hérédo-syphilis nerveuse, par L. Babonneix et Mlle M. Fayot. *Archives de Médecine des enfants*, t. XXXVI, n° 4, avril 1933, pp. 201-221.

Cinquante-deux brèves observations inédites tendant à prouver l'origine syphilitique de multiples affections nerveuses chez l'enfant hérédo-syphilitique à la première ou deuxième génération.

A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Lettres à un médecin praticien sur la dermato-vénéréologie. A propos d'un bubon ou des inconvénients d'être trop savant, par Clément Simon. *Bulletin Médical*, 47e année, n° 13, avril 1933, p. 236.

Curieuse histoire d'un malade atteint d'une adénopathie inguinale sans lésion génitale visible. Un médecin consulté fait procéder à l'ablation chirurgicale du ganglion. L'examen histologique pratiqué conclut à la possibilité d'une lymphogranulomatose (maladie de Hodgkin). Un deuxième médecin consulté fait pratiquer une réaction de Wassermann qui est négative et, s'appuyant sur l'examen histologique, l'amaigrissement, la séro-réaction négative, porte le diagnostic de maladie de Hodgkin et institue un traitement adéquat. Mais le malade perd ses cheveux, souffre de la gorge, présente une efflorescence cutanée et un troisième médecin constate une éruption de syphilides pustuleuses confluentes sur le front et le visage.

H. Rabeau.

Xeroderma pigmentosum fruste et tardif chez un photographe, par H. Jausion et A. Gervais. *Bulletin Médical*, 47e année, n° 13, 1er avril 1933, p. 237.

L'observation de ce malade a été présentée par les auteurs au Congrès international de la Lumière à Copenhague. Le syndrome nævo-mélanique est constitué par un semis d'éphélides innombrables, une véritable lentiginose profuse et quelques gros nævi pigmentaires intriqués. Paradoxalement, les parties découvertes sont les moins atteintes, présentant néanmoins quelques papules pigmentaires, des télangiectasies stellaires et des taches blanches atrophiques. Aucune transformation épithéliomateuse évidente. Le classement est difficile de cette affection qui, par ses caractères frustes tient du xéroderma et de la neurofibromatose, et peut être considérée comme un *xeroderma pigmentosum* fruste et tardif.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Un cas de lèpre mixte à incubation prolongée, par Vialard, Verliac et Berge. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, n° 11, 3 avril 1933, p. 411.

Jeune fille de 21 ans, née à Nouméa, rapatriée en 1919 ; c'est seulement en 1930 qu'elle présente les premiers signes. L'asthénie, les taches pigmentées, l'hypotension, l'amaigrissement font d'abord croire à une atteinte surrénale. Mais la constatation de troubles anesthésiques, l'apparition de papules et de bulles font penser à la lèpre que les recherches de laboratoire confirment. Le traitement par l'huile de chaulmoogra (Hyrganol) a été bien supporté, n'a pas pu empêcher l'apparition de lépromes et de bulles, mais a amélioré l'état général.

H. Rabeau.

Ostéoartropathies déformantes syphilitiques, par J. Decourt. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, n° 11, 3 avril 1933, p. 440.

Observation d'un homme de 40 ans atteint de lésions ostéo-articulaires qu'un examen superficiel pourrait faire considérer comme un rhumatisme chronique assez banal. Le malade est syphilitique (réaction de Bordet-Wassermann, aortite, signe d'Argyll-Roberston), mais cela ne suffirait pas à affirmer la nature syphilitique des lésions. B. insiste sur leurs caractères plus osseux qu'articulaires. Au pied, la lésion presque unique consiste en une ostéite du scaphoïde, d'aspect radiologique particulièrement caractéristique. Lésions épiphysaires des phalanges et des métacarpiens. Polymorphisme des lésions et pauvreté des manifestations douloureuses contrastant avec l'intensité des déformations. Au niveau du rachis, lésions diffuses de décalcification et de ramollissement osseux. Milian considère la localisation de la lésion à la tête du 1er métacarpien comme étant très souvent un stigmate de syphilis.

H. Rabeau.

Blennorragie, choroïdo-rétinite métastatique, méningo-myélite grave. Endocardite curable, par M. Duvoir, L. Pollet, F. Layani et M. Cachin. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 49e année, n° 12, 10 avril 1933, p. 466.

Un homme de 28 ans, sans tares antérieures, fait au quinzième jour d'une première uréthrite nettement gonococcique traitée par la méthode habituelle des grands lavages vésicaux, toute une série d'atteintes viscérales graves : ophtalmie purulente de l'œil droit qui doit être énucléé ; prostatite suppurée, endocardite mitrale à évolution bénigne, méningo-myélite qui, après avoir mis en danger la vie du malade, laisse, cinq ans après son début une paraplégie hyperspasmodique. Cas remarquable par son évolution si prolongée, l'importance et le caractère définitif, semble-t-il, des séquelles, l'électivité des manifestations. Le malade, au cours de cette septicémie, n'a présenté aucune manifestation articulaire ou para-articulaire.

H. Rabeau.

Hémorragie du cervelet chez un jeune syphilitique, par J. Orechia, M. Kernbach et N. Elekes. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, n° 13, 17 avril 1933, p. 503.

Homme de 24 ans, bien portant auparavant, pris subitement d'une céphalée intense, puis 2 heures après ictus avec perte de connaissance, mort une heure plus tard. L'autopsie montre une hémorragie volumineuse dans le lobe gauche du cervelet ; cette hémorragie a envahi les ventricules et a déchiré le 3e ventricule au voisinage du chiasma optique. Dans l'artère basilaire, près de l'origine de la cérébelleuse postérieure une plaque d'athérome. Dans la région fronto-pariétale, un épaississement marqué des méninges et des plaques de lepto-méningite.

L'étiologie syphilitique a pu être établie grâce à l'examen microscopique qui montrait des lésions d'artérite du type Heubner.

H. Rabeau.

Syndrome cérébelleux déjà d'origine syphilitique. Réactions sérologiques à type paralytique. Guérison, par F. Coste et M. Bolgert. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, no 13, 17 avril 1933, p. 507.

Chez un homme de 33 ans bien portant jusque-là et sans antécédents syphilitiques connus, s'installe en une ou deux semaines au début d'avril 1932 un grand syndrome cérébelleux escorté d'une aréflexie achilléenne et au bout de peu de temps, d'une parésie faciale gauche à type périphérique. Les réactions humorales font la preuve de l'origine syphilitique. Douze injections de cyanure, 5 gr. 25 de novarsénobenzol et douze injections de bismuth liposoluble effectuées de mai à juillet 1932, amènent une régression des troubles neurologiques, mais restent sans action sur le syndrome humoral qui tend à prendre le type paralytique. Un mois après le traitement, rechute clinique et syndrome humoral paralytique ; le malade est alors soumis à la malariathérapie et à des cures mixtes (novarsénobenzol, stovarsol sodique et bismuth). La guérison clinique et humorale semble avoir été obtenue (mars 1933).

H. Rabeau.

Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie.

Sur l'importance d'un critérium fixe pour l'appréciation de l'intervention calorique dans les hyperpyrexies, par A. Bessemans. *Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie*, t. CXII, no 12, 1er avril 1933, pp. 1250-1252.

A propos de la thermothérapie de la syphilis chez le lapin, il importe de noter que les appareils à ondes courtes n'échauffent pas également toutes les parties du corps, de telle sorte que certains échecs proviennent en réalité de l'insuffisance de chauffage des lésions syphilitiques, bien que la température du reste du corps parut suffisamment élevée. Il importe donc de mesurer la température intratissulaire au niveau même des localisations de l'infection.

A. Bocage.

Vitalité du tréponème pâle et pH du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux, par A. Bessemans et U. Thing. *Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie,* t. CXII, nº 12, 1er avril 1933, pp. 1252-1254.

Les auteurs contestent les résultats des recherches de Marinesco, Sager et Grigoresco qui pensent que la guérison de la paralysie générale est liée au retour à la normale du *p*H du liquide rachidien, trop alcalin d'après eux au cours de l'évolution de la maladie.

Ils n'ont pas constaté ce fait. Au surplus, il faudrait prouver que cette variation du *p*H est la cause et non la conséquence de la disparition du virus syphilitique.

In vitro, le tréponème ne paraît pas plus résistant dans les milieux à *p*H bas (acidité) que ceux à *p*H élevé (alcalinité) ; d'ailleurs ces expériences ne prouvent rien sur la vitalité du virus syphilitique à forme non tréponémique dans l'organisme humain.

Il paraît donc aux auteurs « fort hasardeux de prétendre que le neurotropisme du virus syphilitique est déterminé par des modifications de réaction du milieu humoral ». A. Bocage.

Contribution à l'étude de l'étiologie de l'érythème polymorphe (étude expérimentale), par A. Toma, D. Branisteanu et C. Daulja. *Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie,* t. CXII, nº 14, 27 avril 1933, pp. 1442-1444.

Sur deux cas d'érythème polymorphe bulleux, l'inoculation dans les ganglions du cobaye de sang et d'un fragment de lésion cutanée fut négative pour un des cas et, dans l'autre, donna un bacille acido-résistant dont les caractères sont ceux du bacille tuberculeux humain.

A. Bocage.

Paris Médical.

Traitement préventif local des stomatites médicamenteuses, spécialement mercurielles et bismuthiques, par L. Lebourg. *Paris Médical,* 23e année, nº 14, 8 avril 1933, pp. 323-324.

Indépendamment du nettoyage instrumental fait par le stomatologiste, les soins varieront suivant l'état de la bouche du malade.

Si elle est très sale, un brossage quotidien des dents avec une pâte à base de glycérine iodée et de pierre ponce, deux savonnages et des bains de bouche au Dakin, traitement à ne pas prolonger.

Dans les cas moyens, brossage avec une poudre à base de craie et de magnésie calcinée, bains de bouche à l'eau oxygénée.

Si la bouche est très propre, se contenter de brossage à l'eau pure en évitant les dentifrices trop riches en essences ou colorants.

Pour les appareils de prothèse, les brosser soigneusement et les faire baigner la nuit dans du formol à 10 o/o. A. Bocage.

Erythème et eczéma au cours d'un traitement par la crisalbine, par G. Milian. *Paris Médical,* 23e année, nº 16, 22 avril 1923, pp. 362-364.

Éruption débutant par un érythème diffus, se transformant en médaillons parakératosiques et placards d'eczéma légèrement vésiculeux. L'auteur en fait une éruption biotropique tuberculeuse survenue à l'occasion de l'emploi des sels d'or. A. Bocage.

Le lupus érythémateux, par M. Hissard, *Paris Médical,* 23e année, no 17, 29 avril 1933, pp. 373-378.

Courte revue générale sur les formes, l'étiologie et le traitement de cette affection. A. Bocage.

La Presse Médicale (Paris).

La réaction de Hinton ; une nouvelle réaction de floculation pour le sérodiagnostic de la syphilis, par C. Lherisson et Mlle G. O. Stuart. *La Presse Médicale,* 41e année, no 27, 5 avril 1933, p. 537.

En 1917, A. W. Hinton décrivit une réaction de floculation de technique simple utilisant comme antigènes ou « indicateurs » des extraits de muscle et de cœur de bœuf cholestérinés. Les auteurs donnent quelques précisions sur la préparation de ces antigènes, la pratique de la réaction et la lecture des résultats. Ceux qu'ils ont obtenus tendent à faire de la réaction de Hinton, la plus sensible des réactions de floculation, beaucoup plus sensible que la réaction de Kahn modifiée ou le Wassermann. De même, elle apparaît beaucoup plus précocement que les autres réactions dans la syphilis primaire. Dans la syphilis nerveuse, elle est beaucoup plus souvent positive que les réactions de Kahn et de Wassermann. Sur 1.425 sérums de syphilitiques, Clifton Peckris et A. Moran ont obtenu 75 o/o de résultats positifs avec la réaction de Hinton, à peine 50 o/o avec la réaction de Kahn et un peu moins avec le Wassermann. Elle est spécifique, pas de résultat positif en dehors de la syphilis. Sa longue persistance après les autres méthodes de sérodiagnostic de la syphilis en fait un excellent guide de traitement. Par contre, elle s'applique mal à l'étude du liquide céphalo-rachidien et y est moins sensible que le Wassermann. H. Rabeau.

Les récents perfectionnements des réactions de floculation de la syphilis ; réaction de conglomération de Müller et d'éclaircissement de Meinicke, par R. Demanche. *La Presse Médicale,* 41e année, no 27, 5 avril 1933, p. 540.

Dans cette revue technique, D. précise les modifications apportées depuis 1930 à ces réactions. Pour la réaction de conglomération de Müller, deux points importants : alcalinisation du liquide de dilution pour stabiliser l'antigène et emploi de la centrifugation pour activer la floculation et permettre une lecture plus précise. Meinicke a augmenté l'échelle de sensibilité de sa réaction, grâce à la variété des procédés de lecture. Le sérum est employé frais sans inactivation préalable, le réactif de floculation est un extrait alcoolique de cœur de bœuf additionné de quantités variables de teinture de tolu ; le liquide de dilu-

tion est de l'eau salée à 3,5 o/oo additionnée ou non de carbonate de soude. Trois types de réaction, quatre procédés de lecture : macroscopique, microscopique, épreuve de clarification, lecture après centrifugation. D. qui a pratiqué de très nombreuses réactions de Meinicke, estime qu'elle complète heureusement le cycle des réactions fines de floculation de la syphilis, il lui préfère cependant la réaction de Kahn. La réaction de Meinicke viendra, dans les cas douteux, apporter un nouvel élément de discrimination. H. Rabeau.

Traitement esthétique des chéloïdes ; ablation chirurgicale suivie d'irradiation immédiate, par P. Passot. *La Presse Médicale,* 41e année, n° 17, 5 avril 1933, p. 544, 3 fig.

Les chéloïdes ne doivent plus être considérées comme un *noli me tangere,* hors du domaine chirurgical. Elles doivent y rentrer. L'ablation chirurgicale des chéloïdes doit être totale, suivie d'une suture du type dermo-épidermique, puis d'un pansement immobilisant. Le même jour aura lieu une séance unique d'irradiation à dose moyenne de radium.

H. Rabeau.

Le traitement radiothérapique de l'acné junévile, par E. Boltanski. *La Presse Médicale,* 41e année, n° 27, 5 avril 1933, p. 553.

En 1897, Gauthier publiait 16 observations d'acné traitées favorablement par les rayons X. Belot en 1904 posait les règles de cette méthode thérapeutique. Elle ne fut guère adoptée par les dermatologistes français. Par contre, les dermatologistes américains et canadiens pratiquent avec succès la radiothérapie de l'acné juvénile suivant la technique de Mac Kee. Pour Belot, l'effet des radiations sur l'acné juvénile s'explique par une action antiphlogistique sur les follicules et une résorption rapide des infiltrats d'origine inflammatoire, une diminution de l'hyperkératose ostéo-folliculaire qui, obturant le follicule, provoque la formation du comédon.

Dans l'ensemble, des doses faibles et espacées d'un rayonnement modérément pénétrant non filtré ou à peine filtré. La proportion des guérisons est pour Belot de 50 à 60 o/o et Mac Kee sur 2.000 malades traités n'a pas observé un seul cas de radiodermite ou de séquelle tardive.

H. Rabeau.

Thérapeutique mercurielle en syphiligraphie, par Levy-Bing et A. Carteaud. *La Presse Médicale,* 41e année, n° 33, 26 avril 1933, p. 671.

Trop nombreux sont encore ceux qui négligent cette médication de la première heure, disent les auteurs qui montrent de quelle variété de préparations mercurielles on dispose, de quels modes d'introduction (voie rectale, cutanée, gastrique, intramusculaire, intraveineuse). Ils rappellent les nombreuses indications de la thérapeutique mercurielle qui ont été très exactement précisées par Gougerot : intolérants, arséno- ou bismutho-résistants ou récidivants, malades à réactions sérologiques irréductibles, traitements de consolidation, renforcement de traitements

d'assaut, manifestations oculaires, viscérales de la syphilis, malades atteints de syphilis nerveuse, en particulier de lésions scléreuses. Enfin, le mercure reste le médicament de fond de la syphilis héréditaire.

H. Rabeau.

La valeur du traitement d'épreuve pour le diagnostic de la syphilis, par A. Sézary. *La Presse Médicale*, 41e année, n° 33, 26 avril 1933, p. 679.

La notion de spécificité en thérapeutique est justement attaquée en ce moment. S. montre par des exemples (lupus érythémateux, asthme, diabète insipide) à quelles conclusions erronées on arriverait en se basant sur l'action d'un traitement d'épreuve. Il a autrefois groupé sous le nom d'allasothérapie ces méthodes thérapeutiques qui agissent en provoquant un changement brutal des conditions biologiques de l'organisme. Il rappelle les principales affections dans lesquelles l'arsenic, le bismuth, le mercure, l'iodure de potassium peuvent agir sans que la syphilis soit en jeu. La foi absolue, dit-il, dans la valeur du traitement d'épreuve peut donc faire déclarer non syphilitiques des affections qui le sont certainement et, inversement, cette même foi absolue peut faire déclarer syphilitiques des affections qui ne le sont pas. Le traitement d'épreuve n'est valable que pour un nombre restreint de cas et à la condition qu'il soit appliqué judicieusement et que ses résultats soient rigoureusement interprétés et toujours avec réserves.

H. Rabeau.

Allergie (dix sens différents par un même terme), par A. Tzanck et V. Oumansky. *La Presse Médicale*, 41e année, n° 34, 29 avril 1933, p. 690.

Von Pirquet créa le terme d'allergie pour interpréter les réactions anormales qu'il avait observées au cours de ses études sur le vaccin et les revaccinations. La réaction allergique comporte, dit-il, aussi bien des modifications dans le sens de l'hypersensibilité que dans le sens de l'immunité. On crût que cette notion d'allergie était appelée à donner une solution aux problèmes que l'anaphylaxie venait de poser : 1° rapports de l'immunité et de ce phénomène « inverse de la protection » ; 2° explication de la spécificité étiologique si remarquable des phénomènes anaphylactiques. Cette notion d'allergie se répandit très rapidement perdant peu à peu son sens initial. Ce sont les significations différentes attribuées à ce seul terme que les auteurs passent en revue ; ils montrent que l'allergie n'explique pas plus l'immunité que la sursensibilité et pas davantage ne résout le problème de la spécificité. Bien plus, elle pose de nouveaux problèmes : l'étude des états d'équilibre instable au cours de l'évolution des diverses maladies infectieuses, la distinction entre les diverses variétés d'altérations des organismes au cours d'états dont les uns sont spécifiques (allergie, immunité, intolérance), les autres sans spécificité (biophylaxie, anergie), enfin les problèmes relatifs aux divers tests d'intolérance, investigations positives

qui marquent une orientation nouvelle de la médecine expérimentale en vue de l'étude de l'énigme de la « spécificité biologique ».

H. Rabeau.

Revue Neurologique (Paris).

Paralysie amyotrophique des muscles de l'épaule droite consécutive à une urticaire géante généralisée cryptogénétique, par T. Alajouanine, R. Thurel et C. Boudin. *Revue Neurologique,* 40e année, t. I, n° 4, avril 1933, pp. 498-501.

Paralysie du type classique des paralysies sérothérapiques : amyotrophie des muscles de l'épaule droite, trapèze, sus-épineux, sous-épineux et surtout grand dentelé, sans modification des réflexes ni de la sensibilité — survenue le 4e jour d'un état pathologique aigu apparu au moment des règles et caractérisé par une urticaire généralisée accompagnée d'œdème des cordes vocales et de vomissements.

A. Bocage.

Paralysies périphériques des membres inférieurs au cours d'un purpura hémorragique, par T. Alajouanine, R. Thurel et G. Mauric. *Revue Neurologique,* 40e année, t. I, n° 4, avril 1933, pp. 501-504.

Polynévrite des deux membres inférieurs, à début apoplectiforme, survenue à l'acmé d'un purpura hémorragique généralisé au cours duquel il y eut paralysie généralisée qui, ultérieurement, se limita aux membres inférieurs. A. Bocage.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Maladie de Paget des deux seins, par Enrique Ciótola (Lima). *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie,* t. IV, n° 2, février 1933, p. 109, 3 fig.

L'intérêt de l'observation apportée par E. C. tient à la rareté d'une atteinte simultanée des deux seins par la maladie de Paget et à son apparition chez une jeune personne âgée de 12 ans seulement.

J. Margarot.

Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest (Bordeaux).

Neurofibromatose de Recklinghausen, par G. Petges, A. Petges et R. Bargues. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* 110e année, n° 10, 10 avril 1933.

Deux observations intéressantes de formes frustes de neuro-fibromatose avec troubles psychiques évidents. Chez le premier malade, âgé de 22 ans, taches pigmentaires, nodules cutanés et troubles psychiques à forme de déficit mental global, hypercalcémie. Chez l'autre, âgé de

25 ans, taches hyperchromiques, petites tumeurs mollasses, indolentes et troubles psychiques. H. Rabeau.

Ulcération anthracoïde streptococcique du dos, par G. Petges, A. Petges et Bargues. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* 110e année, n° 10, 10 avril 1933.

Observation d'un malade présentant une lésion d'origine streptococcique rappelant par certains points l'aspect des gangrènes cutanées, qui résista à des traitements locaux et généraux (vaccin et sérum antistreptococcique). Des injections locales au niveau du bourrelet de l'ulcération et des traînées lymphangitiques de bactéstaphylophage et de bactéstaphyphage amenèrent une amélioration rapide. En trois jours, il semblait que la guérison allait être obtenue. Une interruption thérapeutique laissa l'infection se réchauffer ; de nouvelles injections de bactériophage restèrent sans résultat. L'auto-hémothérapie pratiquée à ce moment arrêta de nouveau la progression du bourrelet et permit la guérison définitive. Les auteurs ont injecté chaque jour jusqu'à 20 centimètres cubes de bactépyophage pour circonscrire l'ulcération.

H. Rabeau.

Lyon Médical.

Lèpre à forme polynévritique, par Paliard et Masson. *Lyon Médical*, t. CLI, n° 14, 2 avril 1933, p. 429.

Jeune homme de 24 ans ayant séjourné 3 ans au Cameroun. Il présente un syndrome polynévritique des quatre membres avec prédominance des troubles de la sensibilité. En outre : hypertrophie des troncs nerveux et cicatrices dépigmentées anesthésiques. Réactions de Wassermann et Hecht très positives, absence du bacille de Hansen. Les auteurs portent le diagnostic de lèpre. Jean Lacassagne.

Trois cas de lèpre, par Nicolas et Rousset. *Lyon Médical,* t. CLI, n° 16, 16 avril 1933, p. 480.

Ces trois malades atteints de formes cliniques différentes (forme nodulaire, forme anesthésique, forme mutilante) ont été présentés à la Société médicale des Hôpitaux. Au cours de la discussion, N. fait remarquer que 7 lépreux ont passé dans son service en une année ; le vœu suivant a été transmis à M. le Préfet du Rhône : « La Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, émue du nombre croissant des lépreux introduits en France et hospitalisés, attire l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité et l'urgence de prendre des mesures rigoureuses, soit aux frontières, soit à l'intérieur, contre cette redoutable maladie contagieuse qu'est la lèpre ». Jean Lacassagne.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur la généralisation du virus syphilitique dans la superinfection expérimentale (Ueber Generalisierung des syphilitischen Virus bei experimenteller Superinfektion), par E. Balbi. *Dermatologische Zeitschrift,* t. LXVI, fasc. 1-2, mars 1933, p. 11.

On sait que la superinfection chez l'animal est possible ; l'expérimentation sur l'animal a montré aussi que le spirochète réinoculé ne se cantonne pas à l'endroit de l'inoculation, qu'il pénètre dans les tissus voisins, dans la circulation lymphatique et sanguine, donnant parfois naissance à des exanthèmes. Chez l'homme, la superinfection expérimentale a été rarement pratiquée et les résultats acquis sont d'interprétation difficile. B. a entrepris de l'étudier par la méthode des inoculations croisées : à 5 individus (2 syphilis congénitales tardives, 3 syphilis tertiaires) il a inoculé soit la souche Truffi, soit la souche Nichols, avec résultats positifs. Chez les 5 malades, apparition d'une adénopathie satellite. Au bout de 35 à 48 jours, un fragment de la lésion provoquée et des ganglions était inoculé à des lapins. Le fragment détermine toutes les fois un syphilome scrotal du lapin : le virus persiste donc *in situ* pendant plus de 48 jours ; une seule fois, résultat positif avec le ganglion prélevé à un malade : invasion lymphatique. A tous les lapins inoculés avec les tissus humains, B. réinocule la souche Truffi et la souche Nichols : seule la souche qui n'a pas servi à la superinfection de l'homme provoque une lésion testiculaire, le lapin se montrant réfractaire à la souche inoculée. C'est donc que le virus inoculé à l'homme a gardé son individualité et est bien responsable de l'accident constaté chez l'homme. Dans un cas, l'accident de superinfection a récidivé deux fois après un traitement au bismuth insuffisant ; au bout de 257 jours après la superinfection, le virus *in situ* s'est montré virulent pour le lapin. L. Chatellier.

Recherches expérimentales sur la diminution et l'augmentation de la résorption cutanée (Experimentelle Untersuchungen zur Herabsetzung und Förderung der Hautresorption), par W. Milbradt. *Dermatologische Zeitschrift,* t. LXVI, fasc. 1 et 2, mars 1933, p. 37.

Voici les conclusions de ce long mémoire :

La résorption par la peau dépend de l'état fonctionnel de celle-ci, de la nature de l'application et de la substance appliquée. Toute irritation de la peau, chimique, physique ou mécanique, augmente la perméabilité cutanée ; mais il existe un degré d'irritation à partir duquel elle diminue. M. a vérifié histologiquement l'absorption de substances colorées par la peau intacte après action de divers corps irritants ; il a étudié l'élimination d'autres substances après leur application sur la peau. Il a constaté non seulement une vaso-dilatation lymphatique et sanguine, une modification de la teneur en eau et en ions de la peau et une transformation des propriétés physico-chimiques de la membrane

cellulaire, mais encore il a constaté une modification du courant d'action de la peau. L'hyperémie active et passive accroît la perméabilité cutanée. Le mode d'application et le solvant jouent un rôle important dans l'absorption. Les kératolytiques et les solvants des graisses (alcool et saponine) activent la résorption. Quand on associe plusieurs substances favorisantes, leur action s'additionne (alcool + saponine) ou se contrarie (alcool + acide salicylique). Du point de vue physico-chimique, la peau est un gel dont la perméabilité est accrue par l'hydratation et diminuée par la dessiccation. La mince couche de graisse superficielle de la peau joue un rôle protecteur : toute substance ou tout procédé qui enlève cette graisse et favorise l'hydratation, accélère l'absorption. Il n'y a pas d'imperméabilité absolue de l'épiderme à aucune substance, mais quand le corps se dissout bien dans les différentes parties de l'épiderme, son absorption est accrue. Ainsi le pouvoir pénétrant de certains corps s'établit comme suit : en tête, les kératolytiques, puis les solvants des graisses (alcool, acétone, saponine, corps gras, etc.) ; pour l'alcool et l'acétone, leur action sur l'albumine cellulaire limite leur diffusion à la superficie de l'épiderme. Le tannin, le formol, les acides concentrés diminuent fortement la perméabilité cutanée.

L. Chatellier.

Les centres de consultation antivénérienne ont-ils rempli leurs fonctions dans la lutte contre la syphilis ? (Erfält die Beratungstelle für Geschlechtskranke ihre Aufgaben bei der Bekämpfung der Syphilis ?), par A. M. Mammesheiner. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, fasc. 3, avril 1933, p. 115.

Le traitement intensif et surveillé des syphilitiques dépasse souvent les ressources des malades et parfois les possibilités du simple praticien.

Les centres de consultation antivénérienne ont été créés pour l'assurer dans les meilleures conditions : c'est ainsi que les malades sont soumis régulièrement à la surveillance sérologique dans le sang et le liquide, tandis que se poursuit un traitement sévère.

M. a suivi de la sorte 704 malades qui ont accepté à une ou plusieurs reprises, la ponction sous-occipitale pratiquée ambulatoirement sans inconvénients pour les malades. A ce propos, M. donne des précisions techniques sur la ponction sous-occipitale.

Sur ces 704 malades (dont 371 hommes et 333 femmes), il y avait 45 s^1, 58 s^2, 29 s^3, 475 s. latentes, 24 s. congénitales et 73 s. cérébro-spinales.

Voici les résultats obtenus avec chacune de ces catégories :

1° Sur 45 s^1, il n'y a eu que 5 réactions de Wassermann positives dans le sang seulement, après le traitement « maximal » d'Hoffmann ;

2° Sur 58 s^2, 13 réactions de Wassermann positives dans le sang, 4 fois sérologies positives dans le sang et le liquide ; aucun signe clinique ;

3° sur 29 s^3, 14 réactions de Wassermann positives dans le sang, 1 fois sérologie positive dans le sang et le liquide ; aucun signe clinique.

4° sur 475 s. latentes, 157 réactions de Wassermann positives dans le sang ; 34 liquides positifs seuls ; 95 avec liquide et sang positifs ; 24 avec manifestations cliniques ; le rapport des malades non traités aux malades mal traités, à l'origine des manifestations nerveuses, est de 1 à 2, ce qui confirme l'influence nuisible des traitements insuffisants ;

5° sur 24 s. congénitales, 11 réactions de Wassermann positives dans le sang ; 5 fois liquide et sang pathologiques ; 13 fois manifestations cliniques ;

6° Sur 73 s. cérébro-spinales, 9 fois réaction de Wassermann sanguine positive ; 17 fois liquide anormal seul ; 40 fois sang et liquides pathologiques ; 35 fois manifestations cliniques.

Ces chiffres confirment la valeur du traitement intensif, d'autant plus efficace qu'il est appliqué plus près de l'accident initial ; c'est la meilleure prophylaxie des accidents tardifs nerveux ou viscéraux.

L. Chatellier.

Action de la cure malarique sur la syphilis nerveuse (prouvée par l'étude de l'épreuve de l'adrénaline-soude) (Ueber die Einwirkung der Malariakur auf die Neurolues (Festellungsmöglichkeit durch den Adrenalin-Sonderversuch)), par O. Muck. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, fasc. 3, avril 1933, p. 129.

Depuis 1922, M. a montré que si l'on touche la muqueuse nasale avec une solution d'adrénaline, il se produit un phénomène réflexe vasomoteur, appelé « le signe de la raie blanche ». Il se produit après une phase de congestion d'intensité variable. Mais surtout, M. en a constaté la fréquence singulière dans la syphilis tardive, 88 o/o des cas. En outre, ce signe permet d'apprécier l'efficacité de la cure malarique, car il s'atténue notablement après la cure, alors qu'il est constant avant.

L. Chatellier.

Sur la télangiectasie hémorragique héréditaire (Osler) (Ueber Teleangiektasie haemorrhagica hereditaria (Osler)), par W. Richter. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, fasc. 3, avril 1933, p. 137.

Une femme de 27 ans perdit son fils âgé de 3 ans ; aussitôt, arrêt brusque des règles (en 1930) qui ne sont pas revenues. Trois mois après, apparition sur la face, le cou, les membres, de nombreuses taches bleuâtres ; en même temps, hémorragies nasale et buccale. Actuellement, télangiectasies disséminées sur la peau et les muqueuses (langue et pharynx compris), et à l'orifice vésical des uretères. Toute la peau est d'un brun jaunâtre. Ulcération granuleuse et saignante de la face interne de la jambe droite. Sang normal ; en outre, symptôme d'une sclérose amyotrophique et syndrome de Basedow.

Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Faits nouveaux sur la biologie et la morphologie du gonocoque (Neue Daten über die Biologie und Morphologie der Gonokokken), par J. Sziwasi. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 9, 4 mars 1933, p. 293, 9 fig.

La morphologie du gonocoque a fait l'objet de nombreux travaux ; S. rappelle ses constatations antérieures, qu'il va préciser dans le travail actuel. A côté du diplocoque habituel, il a isolé quatre grandes formes : le microgonocoque, le gigantogonocoque, le g. en mosaïque et le g. à vacuoles. Quand et comment apparaissent ces différentes formes ?

Chacune des souches a été l'objet de 100 cultures sur milieu solide : le développement de certaines cultures a été observé de 2 heures en 2 heures pendant 1.080 heures, d'autres pendant 600-960 heures. Au total 3.504 préparations ont été longuement étudiées ! De cet énorme travail, S. a tiré les conclusions suivantes :

Les souches ensemencées sur ascite-agar montrent dans les 32-48 heures le gonocoque en monocoque ou en diplocoque. De la 48e à la 80e heure, apparaît le gigantogonocoque α ; entre la 70e et la 82e heure, apparaît aussi la forme en mosaïque ; de la 82e à la 110e heure, le gonocoque à vacuoles ; de la 160e à la 176e heure, les gigantogonocoques β (moins bien coloré que α) et γ (bien coloré, mais rond) ; de la 176e à la 200e heure, la forme uvtoïde (forme inconnue jusqu'ici, caractérisée par l'aspect arrondi et la disposition circulaire des mono- et des diplocoques) ; de la 200e à la 1.000^e heure, tantôt la forme spiroïde qui correspond au microgonocoque et qui baigne dans un stroma faiblement coloré, tantôt la forme plasmoïde, caractérisée par la disparition de toute structure et l'existence d'un nuage peu coloré. Ces différentes formes apparaissent d'autant plus tôt que le milieu est plus sec. Le repiquage de toutes ces formes, sur milieu neuf, redonne la forme normale ou le microgonocoque.

L. Chatellier.

Contribution casuistique à la kératose folliculaire spinulosique et décalvante (Kasuisticher Beitrag zur Keratosis follicularis spinulosa decalvans), par Leven. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 10, 11 mars 1933, p. 311.

Cette forme de kératose folliculaire, caractérisée par son évolution vers l'atrophie du poil, s'étend au sourcil, aux cils et au cuir chevelu, est familiale (Siemens) et frappe femmes et hommes ; ceux-ci sont beaucoup plus atteints et présentent, en outre, des lésions de la conjonctive et de la cornée. Chez les femmes, sont atteints seulement cils et sourcils. Siemens en faisait un caractère dominant sexuel, car seules les filles des hommes atteints étaient malades. L. rapporte l'observation d'une malade où, malgré le sexe, il y avait atteinte de la cornée et de la conjonctive.

L. Chatellier.

Sur les caractères de la neurofibromatose (Mémoire préliminaire) (Das Charakterbild der Neurofibromatose (Recklinghausen). Vorläüfige Mitteilung), par Hedvig Blotevogel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 11, 18 mars 1933, p. 361, 4 fig.

Le caractère héréditaire de la neuro-fibromatose, soutenu par Hœkstra, puis par Siemens, n'est pas encore établi de façon indiscutable. L'auteur a pu suivre la généalogie de plusieurs cas de neuro-fibromatose. Dans une famille, l'affection se présentait comme un caractère dominant, avec transmission par les mâles. Mais il existe aussi des cas de neurofibromatose avec caractère sporadique.

Chez les malades étudiés par B., le groupe sanguin A s'est montré de beaucoup le plus fréquent. L'étude des empreintes digitales révèle la fréquence considérable de la « tache centrale ». Cette tache coïncide, dans 72-73 o/o chez l'homme et 77-78 o/o chez les femmes, avec le groupe sanguin A.

Autres caractères : le volume de la tête est plus gros chez les neurofibromateux que chez l'individu sain ; les extrémités sont plus longues ; la corpulence y est moindre et l'on constate souvent un léger degré de scoliose. L. Chatellier.

Sur la nature allergique du psoriasis vulgaire (Zur Frage der allergischen Nature der Psoriasis vulgaris), par S. Fasal. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 11, 18 mars 1933, p. 369.

Le psoriasis n'offre aucun caractère qui justifie la nature allergique de cette affection. Il n'y a aucun rapport entre la fièvre des foins et le psoriasis. Le traitement de 4 malades, qui avaient réagi à un extrait de pollen, n'a déterminé aucune amélioration. Les succès observés par Zeidler sont le résultat d'une protéinothérapie non spécifique.

L. Chatellier.

Le revêtement pileux des mammifères du point de vue biologique (Da Haarklleid der Säugetiere in biologischer Beziehungen) par A. Sokolowsky. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 11, 18 mars 1933, p. 373.

Dans cette revue générale, S. s'attache à montrer que le poil joue chez les mammifères des rôles variés, commandés par son existence terrestre, par l'action du climat, les conditions de la vie et les caractères sexuels. Il cite à l'appui de ses affirmations l'exemple de nombreux mammifères où l'on peut constater cette adaptation biologique du revêtement pileux. L. Chatellier.

Résultats de la mesure de la consistance cutanée dans diverses maladies (Ergebnisse der Messungen der Hautkonzistenz bei verschiedenen Erkrankungen), par E. M. Lewin et B. N. Majorsky. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 12, 25 mars 1933, p. 395, 5 fig.

L'étude de la consistance cutanée a été faite par l'appareil construit par Majorsky. Elle a porté sur plusieurs maladies et pendant leur évolution (chancre syphilitique, épithéliomas, érythème induré de Bazin,

lupus, etc.) ; il est possible d'inscrire des résultats en une courbe, qui témoigne de l'action des médicaments sur la consistance cutanée. Il convient d'établir au préalable un atlas de la consistance normale de la peau, afin d'apprécier la valeur diagnostique de ce procédé encore neuf.

L. Chatellier.

La sédimentation des globules rouges et la déviation du complément dans la blennorragie et ses diverses complications (Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit und Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhoe und den verschiedenen Komplikationen), par A. Kunze. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 12, 25 mars 1933, p. 402, 1 fig.

De l'emploi de ces deux méthodes chez 50 malades, K. conclut que :

Chez la plupart des blennorragiens, il y a augmentation de la vitesse de sédimentation, peu de jours après l'apparition des manifestations cliniques ; cette modification s'est prolongée pendant deux ans après la guérison apparente ;

Le pouvoir anticomplémentaire, souvent constaté par Engelhart et Somment, a été, dans les expériences, assez rare pour ne jouer aucun rôle appréciable dans les réactions ;

La valeur de la vitesse de sédimentation est certaine dans le diagnostic de la blennorragie. Ces deux méthodes rendent, par leur association, de réels services pour le diagnostic et le pronostic, et même pour le traitement de cette affection. Si la séro-réaction ne permet pas d'affirmer la guérison, le retour à la normale de la vitesse de sédimentation parle en faveur de la guérison quand il coïncide avec l'absence prolongée de gonocoques.

L. Chatellier.

Les dermatoses nerveuses et hystériques (Die neurotischen und hysterischen Dermatosen), par J. Werther. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nos 14 et 15, 8 et et 15 avril 1933, pp. 461 et 513, 6 fig.

Les rapports fonctionnels entre la peau et l'activité psychique sont de constatation courante, soit dans la vie normale soit dans maints états pathologiques. Or l'activité psychique elle-même est commandée, en partie, par l'activité fonctionnelle des organes, plus particulièrement par les glandes à sécrétion interne, qui dirigent aussi le système nerveux sympathique. D'autre part, l'unité de la personnalité humaine est incontestable ; à sa constitution concourent la « personnalité profonde » — le subconscient — et la personnalité corticale — ou consciente. W. passe en revue les diverses manifestations physiologiques et pathologiques qui témoignent de l'influence du système nerveux sur la peau et ses annexes. W. rapporte de nombreuses observations (personnelles ou non) où l'on voit des dermatoses variées (urticaire, prurit, neurodermite, éruption d'herpès, eczéma) résulter de troubles psychiques divers, en particulier de l'hystérie. Il tire de cette intéressante revue générale la conclusion pratique que le dermatologiste peut avoir besoin du concours du psychiâtre dans le diagnostic et le traitement de maintes dermatoses.

L. Chatellier.

Un parasite oublié (Trichosoma recurvatum) de la « creeping disease » (Ein vergessener Parasit (Trichosoma recurvatum) als Ursache von creeping Disease), par B. Solgers. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 14, 8 avril 1933, p. 476.

S. rappelle qu'en 1876-1877, on a décrit des trajets sous-cutanés creusés sous la peau du crocodile américain par un nématode : *trichosoma recurvum*, cheminant dans le chorion. Ch. Audry.

Traitement de l'arthrite blennorragique par les ondes courtes (Kurzwellentherapie bei arthritis gonorrhoica), par H. Graf. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 14, 8 avril 1933, p. 477.

En se servant d'un appareil convenable, G. a traité 9 cas d'arthrite blennorragique par des ondes de 14 à 19 mètres de longueur. Sédation rapide de la douleur et disparition des phénomènes inflammatoires dans tous les cas. Ch. Audry.

Sur un cas de réinfection probable de syphilis malgré un traitement bismuthique prolongé (Ueber einen Fall von verumtlicher zweiter Syphilis-Infektion trotz fordauernder Wismuthbehandlung), par S. Zetterholm. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 14, 8 avril 1933, p. 477.

Un homme de 48 ans contracte la syphilis en mars-avril 1931. De mai 1931 à juillet 1932, traitement bismuthique. En juin-juillet 1932, après coït impur, apparition d'un chancre (spirochète, adénite, réaction de Wassermann —). Traité par le salvarsan, Z. pense qu'il s'agit bien d'une réinfection. Sur 630 cas qu'il a pu étudier, Z. n'en a trouvé que 6 où la réinfection s'est réalisée pendant la période précoce, et cela malgré un traitement antérieur durable. Ch. Audry.

Valeur de la colposcopie pour le dermatologiste (Die Bedeutung der Kolposkopie für den Dermatologen), par H. Hinselmans. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 16, 22 avril 1933, p. 533, 9 fig.

L'exploration visuelle de la muqueuse vaginale et du museau de tanche — ou colposcopie — n'intéresse pas seulement le gynécologue, mais aussi le dermatologiste. La colposcopie permet d'étudier les modifications pathologiques de l'épithélium, des glandes et des capillaires de cette région, en particulier dans l'inflammation et le cancer. L'appareil donne un grossissement de 10,5 ; ainsi sont mises en évidence les minimes lésions de la muqueuse, les leucoplasies au début, les vaginites diverses, toutes lésions qui annoncent, accompagnent ou compliquent l'épithélioma du col. H. s'est attaché à préciser les divers aspects que présentent les « environs » utérins dans les proliférations épithéliales. Il distingue quatre degrés, dont les trois derniers constituent déjà, le plus souvent, des lésions carcinomateuses, mais encore locales. En somme, par ce procédé de détection précoce, le médecin dépistera des lésions susceptibles de transformation maligne, à un moment où l'exérèse locale met à l'abri de l'épithélioma. L. Chatellier.

Gros mal de Dijon et Magnum malum dans leur signification pour l'histoire de la syphilis (Gros mal de Dijon und Magnum malum in ihrer Bedeutung für die Frühgeschichte der Syphilis), par H. Haustein. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 16, 22 avril 1933, p. 546, 1 fig.

Cet article répond à un article de K. Sudhoff, paru dans le même périodique, t. XCV, n° 39, p. 1398) où S. apportait un document extrait de Richard l'Anglais (début du XIIIe siècle). Ce document donnait la description de la 4e espèce de l'éléphantiasis, sous la dénomination de *magnum malum*, traduction de la vieille expression française « gros mal ». Cette description, en dépit de H., se rapporte à la syphilis ; de même le document de Dijon se réfère à cette maladie. L'origine américaine cesse d'être le dogme accepté par tous.

Voici succinctement résumée la réplique de H. :

1° Le terme de « gros mal » employé bien avant le XIIIe siècle, dans les pays de langue française ne se rapporte qu'à l'épilepsie. L'étude linguistique du document de Dijon (compte rendu d'un procès) montre que seule cette acception est possible ; H. s'appuie sur l'autorité de philologues compétents et sur la comparaison des vocables identiques, dérivés du français, employés dans les pays où domine cette langue ;

2° Quant à la dénomination « Magnum malum », appliquée à la syphilis, elle paraît une erreur d'interprétation (où était déjà tombé Sticker) d'un texte persan d'Haly Abbas, reproduit et traduit dans le texte de H. H. analyse le manuscrit persan et il conclut que l'auteur persan n'a pas séparé de la lèpre vraie, l'espèce bénigne et curable étiqueté par Sticker syphilis. Il n'y a donc aucune raison valable pour en tirer la conclusion que la syphilis existait au Moyen Age.

L. Chatellier.

Conclusion à la réplique de M. Haustein (Schlusswort auf die Entgegnung von Hans Haustein), par K. Sudhoff. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 16, 22 avril 1933, p. 553.

S. remarque qu'il n'a parlé que de Richard l'Anglais. Ce dernier parle de 4 formes de lèpre, dont la dernière est le « gros Malum magnum », réuni bientôt à « gros mal », qui n'a rien à voir avec l'épilepsie. Dénomination à rapprocher de grosse vérole, mal français, *grossa scabies*, qui désignent indubitablement la syphilis.

L. Chatellier.

Technique d'un pansement de la tête chez une femme avec cheveux longs (Zur Technik des Kopfverbandes bei langem Frauenhaar), par E. Keining. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 17, 29 avril 1933, p. 584, 3 fig.

En résumé, voici le mode d'application de ce pansement, qui permet de réaliser sans dommage pour les cheveux longs, un pansement humide bien clos et solide. On sépare par une raie antéro-postérieure la masse des cheveux ; puis, de chaque moitié de la tête, des raies successives divisent en petits paquets les cheveux ; entre chaque petit paquet de

cheveux, on place une gaze sur plusieurs épaisseurs et bien imbibée. Quand une demi-tête est pansée, on réunit en un trousseau unique tous les petits paquets. A la fin de l'opération, toute la masse chevelue est séparée en deux gros trousseaux réunis sur la nuque. Il est alors facile de recouvrir la tête d'une toile imperméable qui laisse passer les deux trousseaux. Une bande enroulée en casque et s'appuyant à la base des trousseaux, sur la nuque et le front, maintient la toile imperméable. Les oreilles sont libres. Ainsi, pas de dessiccation ; l'enlèvement du pansement et le nettoyage de tout le crâne sont rapides et faciles. Même procédé si l'on veut appliquer une pommade à tout le cuir chevelu, l'imperméable en moins. L. Chatellier.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Sur la déviation du complément chez les malades sensibles aux préparations arsénobenzoliques (Ueber Komplementbindungsversuche bei Ueber empfindlichkeit gegen Salvarsanpräparate), par G. Ensbruner et J. Wendlberger. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, no 11, 17 mars 1933, p. 333.

Pour éviter les inconvénients de l'intradermo-réaction au salvarsan chez les malades en traitement, E. et W. ont étudié la valeur de la déviation du complément avec des solutions faibles des composés arsénobenzoliques incriminés (néosalvarsan ou solu-salvarsan). Ils ont d'abord précisé les limites au-dessus desquelles les solutions ont un pouvoir anticomplémentaire : une dilution à 1/8.200e ne gêne pas l'hémolyse. Ils ont ensuite comparé les résultats chez 43 malades sans accidents de sensibilité à l'arsenic (23 réactions de Wassermann positives, 20 syphilitiques à réaction de Wassermann négative, dont 3 cas en pleine dermite arsenicale). De ces 43 cas, 21 étaient en cours de traitement, 22 n'étaient pas traités.

La réaction est faite avec 9 tubes où le complément est à 2 o/o et l'antigène dilué dans l'eau salée de 1/4.096 à 1/1.048.576 ; à chaque tube est ajoutée une goutte du sérum chauffé à examiner ; étuve, 1 heure, puis système hémolytique et lecture au bout de 30 minutes. Dans les 3 cas de dermite arsenicale, réaction positive. Chez un malade sensible au solu-salvarsan, seul le solu-salvarsan a donné une réaction positive. Comme pour les épreuves fonctionnelles, les variations de l'allergie jouent un rôle dans la déviation du complément.

L. Chatellier.

Syphilis congénitale et troubles congénitaux de la motilité dans le domaine des nerfs crâniens (Erbsyphilis und augeborene Beweglichkeitsdefekte im Bereiche der Himnerven), par K. Mittermayer. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, no 17, 28 avril 1933, p 526.

Observation de paralysies congénitales atteignant la VIe et la VIIe paires et le facial chez une jeune fille de 14 ans. Ces paralysies ont débuté

dès la naissance. Elles ne sont accompagnées d'aucune atteinte intellectuelle. A ce propos, M. étudie les diverses théories qui ont été invoquées : traumatismes, altérations des noyaux centraux de ces nerfs par malformation. Il a recherché les antécédents héréditaires et il a trouvé : une syphilis de la grand'mère de l'enfant. Cette syphilis s'est traduite par un avortement et un fœtus macéré, sur les 12 enfants qu'a eus la grand'mère. La mère de la fillette s'est mariée 2 fois ; avec son second mari, père de la fillette, elle a eu 4 grossesses, dont 1 avortement ; elle a présenté une réaction de Wassermann positive, a été traitée et souffre d'une aortite. Chez les deux sœurs de la fillette, pas de signes sérologiques ou liquidiens ; la demi-sœur, issue du premier mariage, ne présente qu'une parésie faciale de type périphérique. Les deux maris ont été sains. En outre, deux oncles de la fillette ont des hérédos.

M. pense que la mère et ses deux frères sont des syphilitiques héréditaires. L'infection, atténuée à la troisième génération, est responsable des paralysies congénitales de la fillette.

L. Chatellier.

Bruxelles Médical.

Des réactions méningées consécutives au traitement dans la maladie du sommeil, par A. Barlovatz (Tshikapa, Congo belge). *Bruxelles Médical*, 13e année, n° 24, 16 avril 1933.

B. attire l'attention sur les réactions méningées qu'on peut observer en administrant des médicaments trypanocides. La trypanosomiase humaine n'évolue pas en général avec une rapidité suffisante pour produire des changements rachidiens si rapides. Il donne quelques observations de malades traités par l'atoxyl, le trypanarsyl et le chloro-méthylate neutre de diamino-acridine. Mais ces observations, dit-il, sont encore peu nombreuses et le recul pas suffisant.

H. Rabeau.

Actas dermosifiliograficas (Madrid).

Sur la curabilité de la syphilis. Un cas type de traitement abortif (Sobre la curabilidad de la Sifilis. Un caso tipo de tratamiento abortivo), par J. Fernandez de la Portilla. *Actas dermosifiliograficas,* 25e année, n° 6, mars 1933, p. 365.

Un malade de 43 ans est traité d'une manière intensive dès l'apparition d'un chancre induré. Il reçoit, au cours d'une première série, 1 gr. 30 de bismuth basique lipo-soluble et 6 gr. 90 de néosalvarsan. Un mois et demi après, on lui fait 12 injections de bismuth insoluble et 7 grammes de néosalvarsan.

Les réactions sérologiques (Wassermann, Meinicke, Kahn, Müller) pratiquées à plusieurs reprises sont strictement négatives. Le liquide céphalo-rachidien reste normal. La surveillance du malade continue.

Doit-on le considérer comme guéri ? L'auteur rappelle l'opinion de Hoffmann, d'après lequel deux ou trois séries d'injections thérapeutiques faites à des doses maxima peuvent guérir non seulement les syphilis récentes dont les réactions sérologiques sont encore négatives, mais les syphilis primaires déjà séro-positives et les syphilis secondaires au début de leur évolution.

Il conclut à la nécessité d'une expectation armée.

J. Margarot.

Sur le développement hétérotopique, supracornéen, du corps muqueux de Malpighi (Sobre el crecimiento heterotopico, supracorneo, del cuerpo de Malpighi), par J. Gay Prieto. *Actas dermosifiliograficas*, 25e année, nº 6, mars 1933, p. 370, 2 fig.

Sur une coupe de peau malade, prélevée chez une jeune fille atteinte d'érythrocyanose des jambes, G. P. trouve dans l'épaisseur d'une couche cornée légèrement hyperkératosique un groupe de cellules malpighiennes, disposées sous la forme d'un bloc allongé, parallèle au plan superficiel et nettement séparées du corps muqueux, sauf en un point où elles lui sont rattachées par un mince pédicule constitué par une seule file d'éléments cellulaires.

Ces cellules sont légèrement œdémateuses et présentent un noyau très coloré. On n'observe pas de mitoses. J. Margarot.

Sur les réactions de Kahn et de Wassermann (Sobre las reacciones de Kakn y de Wassermann), par José Luis Carrera. *Actas dermosifiliograficas*, 25e année, nº 6, mars 1933, p. 373.

Poursuivant ses recherches sur la valeur respective des différentes méthodes sérologiques, l'auteur apporte de nouveaux faits qui lui permettent diverses précisions.

La réaction de Wassermann pratiquée suivant la méthode de Sordelli donne des résultats positifs plus précoces que la réaction *standard* de Kahn dans la syphilis au début. A cette période, la réaction présomptive de Kahn n'a aucune valeur.

Au contraire, cette réaction de présomption est beaucoup plus souvent positive que le Wassermann dans la syphilis ancienne.

Dans l'hérédo-syphilis, chez des sujets déjà traités, la réaction *standard* de Kahn est plus sûre que celle de Wassermann, effectuée suivant la technique de Sordelli.

La réaction présomptive de Kahn, manquant de spécificité absolue, ne doit pas être utilisée dans l'établissement d'un diagnostic, mais présente une réelle valeur — ainsi d'ailleurs que la réaction *standard* — comme indicateur sérologique dans la continuation des traitements antisyphilitiques. J. Margarot.

Sciatique bismuthique (Cas cliniques) (Ciatica bismutica) (Casos clinicos), par Enrique Alvarez Sainz de Aja. *Actas dermosifiliograficas*, 25e année, nº 6, mars 1933, p. 376, 1 fig.

Trois cas de syndrome sciatique ont été observés après des cures d'injections intrafessières de préparations bismuthiques insolubles (salicylate ou oxyde).

Les douleurs sont caractéristiques. L'examen radiologique montre chez tous les malades des dépôts métalliques très étendus, non seulement dans la zone d'élection où ont été faites les injections, mais dans des régions situées en dessous, dans le voisinage immédiat du trajet nerveux.

Il ne s'agit certainement pas de piqûres effectuées suivant une technique défectueuse, mais d'une migration de particules métalliques postérieurement aux injections. J. Margarot.

La vaccinothérapie de l'uréthrite gonococcique aiguë (La vacunoterapia de la uretritis gonococica aguda), par Juan de Dios Garcia Ayuso. *Actas dermosifiliograficas,* 25e année, n° 6, mars 1933, p. 380.

D'une série de recherches, l'auteur conclut que l'uréthrite aiguë gonococcique peut guérir par le seul traitement vaccinal.

L'efficacité des divers vaccins utilisés dépend de leur pouvoir antigénique. Ce pouvoir étant exalté au plus haut degré dans les vaccins ayant le lait pour véhicule, c'est sur eux que doit porter le choix du médecin. Ils sont seuls efficaces. L'injection intramusculaire constitue la meilleure voie d'introduction. J. Margarot.

Contribution à l'étude des allergies physiques (à propos d'un cas d'urticaire « à frigore » et d'urticaire « factice ») (Contribution al estudio de las alergias fisicas (con motivo de un caso de urticaria « a frigore » y urticaria « facticia »)), par Sandalio G. Calvo. *Actas dermosifiliograficas,* 25e année, n° 6, mars 1933, p. 380.

Un malade présente de l'urticaire au froid et de l'urticaire factice.

Le premier s'accompagne d'un choc hémoclasique typique (leucopénie, chute de la pression artérielle, inversion de la formule leucocytaire, légère éosinophilie). Le sérum du malade prélevé au moment de l'acmé de l'éruption a un pouvoir urticarigène manifeste. L'urticaire au froid apparaît ainsi comme un phénomène allergique.

L'auteur pense que si le froid ne peut être considéré comme un véritable allergène dans le sens strict du terme, il provoque le développement d'une substance qui joue ce rôle. Il rappelle la conception de Lehner et la théorie de Weissenbach et Brisset sur le mécanisme possible des phénomènes observés.

Une explication analogue peut être formulée pour l'urticaire factice, si l'on admet avec Lewis que l'action mécanique agissant sur les cellules de la peau met en liberté une substance analogue à l'histamine, (appelée par cet auteur substance H) et si l'on tient compte de la transmission passive de l'urticaire factice obtenue par Gay Pietro. Cette substance inconnue se comporterait comme un véritable antigène.

J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Syfiliografia (Madrid).

Gommes tuberculeuses atypiques (Gomas tuberculosos atipicos), par A. Alorda Servera. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 90, mars 1933, p. 283, 6 fig.

Une femme de 52 ans présente deux tuméfactions, l'une sur le lobule, l'autre sur l'hélix de l'oreille droite. Elles ont une consistance molle, quasi-fluctuante ; la peau qui les recouvre est violacée, légèrement crevassée. Elles sont indolores, froides et évoluent très lentement.

On trouve des cicatrices de lupus sur le cou, ainsi qu'une cicatrice sur l'hélix de l'oreille gauche.

L'extirpation chirurgicale montre un tissu creusé d'une cavité anfractueuse d'où s'écoule un liquide jaunâtre sanieux. L'examen histologique établit la nature bacillaire de la lésion.

J. Margarot.

Erythrodermie épisodique subaiguë consécutive à une eczématide psoriasiforme, guérie par des injections intracutanées de sels d'or (Eritrodermia episódica subaguda consecutiva a eczematide psoriasiforme, curada por las injectiones intracutaneas de sales de oro), par S. Nogue-More. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 9e année, n° 90, mars 1933, p. 297.

Chez une jeune fille de 14 ans, présentant des eczématides depuis l'âge de 4 ans, les lésions cutanées, d'abord limitées au cuir chevelu et au sillon rétro-auriculaire s'étendent à tous les plis et finissent par envahir tous les téguments.

L'érythrodermie, très prurigineuse, est, par endroits, sèche et infiltrée, comme dans le *pityriasis rubra* de Hébra et, en d'autres régions, suintante et croûteuse, comme dans l'eczéma aigu cryptogénétique.

Après l'échec de plusieurs traitements, l'auteur pratique des injections intracutanées d'une préparation aurique à la dose d'un demi à un centigramme. Elles sont faites en des points divers tous les 3 ou 4 jours.

Bientôt apparaissent des zones concentriques de blanchiment partant du siège de chaque piqûre.

Cette rapide régression coïncide avec une amélioration de l'état général. Le nombre des leucocytes augmente.

L'auteur ne croit pas à une action spécifique du sel d'or. Il admettrait plus volontiers une excitation de la peau, activant ses fonctions de défense immuno-biologique. J. Margarot.

Revista Clinica Castellana (Madrid).

Sur les dermatoses médicamenteuses. Notes sur les accidents de la médication bromurée chez les nourrissons (Sobre las dermatosis medicamentosas. Notas acerca de los accidentes de la medicación bromurada en los miños de pecho), par Eduardo Ledo. *Revista Clinica Castellana*, 2e année, n° 4, avril 1933, p. 193, 3 fig.

A propos d'un cas récent de *bromoderma tuberosum*, E. L. rappelle divers faits personnels et souligne la fréquence de cette éruption chez les enfants en bas âge ainsi que l'inégale susceptibilité des nourrissons vis-à-vis des préparations bromurées.

Il passe en revue les diverses explications proposées depuis l'action nerveuse ou vaso-motrice jusqu'au biotropisme et à l'élimination du brome en nature par suite de troubles digestifs ou par sa substitution au chlore.

Il remarque que le siège des éléments éruptifs est le même que celui des dermatoses les plus fréquentes chez les nourrissons (joues, front, cuir chevelu, fesses et face postérieure des membres inférieurs).

J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Le soufre des cheveux et des ongles dans les états pathologiques ; la valeur thérapeutique de la laine hydrolysée (Sulphur content of hair and of nails in abnormal states ; therapeutic value of hydrolyzed wool), par Brown et Klauder. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, n° 4, avril 1933, p. 584.

B. et K. étudient la composition chimique des cheveux et des ongles et en particulier celle de la kératine, protéine contenant du soufre presque exclusivement sous forme de cystine.

Ils ont tenté de traiter les alopécies par l'ingestion de cystine. Ne pouvant faire absorber des écailles de poisson, trop indigestes, ils se sont servis de laine hydrolysée par ébullition dans de l'acide chlorhydrique dilué et neutralisé par de la soude. Le liquide obtenu, riche en cystine, est assimilable. Ingéré par des animaux, dont la moitié du corps était épilé, il a favorisé la repousse qui fut plus rapide que chez les animaux n'ayant pas ingéré de cystine.

Encouragés par ces résultats, B. et K. ont fait absorber la laine hydrolysée à 40 malades présentant des alopécies diverses : seuls deux cas de pelade furent guéris.

Il faut donc conclure que la perte des cheveux n'est pas conditionnée uniquement par la déficience de l'organisme en soufre et que le métabolisme de celui-ci n'est pas seul à intervenir dans la croissance des cheveux.

S. Fernet.

Les bains chauds dans la syphilis expérimentale primaire des lapins et dans la trypanosomiase des rats (Hot baths in experimental primary syphilis of rabbits and in trypanosomiasis of rats), par Kolmer et Rule. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, n° 4, avril 1933, p. 660.

Ces auteurs ont démontré antérieurement que les bains chauds quotidiens, élevant la température du corps de 4°, empêchaient le développement de la syphilis expérimentale chez le lapin inoculé.

Dans le travail qu'ils exposent, il s'agissait de savoir si l'action stérilisante des bains était due à l'élévation générale de la température du corps ou à l'action directe de la chaleur sur la région inoculée. Les mêmes expériences ont donc été reproduites mais sans immersion du scrotum, siège de l'inoculation. Après 14 jours de bains à 45° C., de 20 minutes de durée, des chancres scrotaux se sont développés chez tous les animaux inoculés. Il faut donc admettre que l'action préventive des bains chauds est purement locale.

Il n'est pas possible de reproduire les mêmes expériences après inoculation sous-cutanée du *Trypanosoma equiperdum* au rat car, chez cet animal, l'infection se développe régulièrement malgré des bains quotidiens de 3 à 6 minutes à 45° C. et une élévation de température du corps de 6 à 7°. S. Fernet.

The Journal of the American medical Association (Chicago).

Traitement des infections staphylococciques localisées par un nouveau vaccin (Treatment of localized staphylococcic infections with staphylococcus toxoid), par Dolman. *The Journal of the American medical Association*, vol. C, n° 13, 1er avril 1933, p. 1007.

D. a expérimenté dans 28 cas de furonculose et d'anthrax un vaccin staphylococcique au formol (anatoxine staphylococcique).

Ce vaccin, doué d'une grande puissance antigénique et faisant apparaître dans le sérum des antitoxines spécifiques en grande abondance, paraît réaliser un grand progrès. S. Fernet.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (London).

Une investigation sur l'étiologie soi-disant tuberculeuse de l'érythème polymorphe (An investigation of the alleged tuberculous ætiology of erythema exudativum multiforme), par Hallam et Edington. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, avril 1933, p. 133.

H. et E. ont tenté sans succès de reproduire les expériences du prof. Ramel dans 10 cas d'érythème polymorphe. Ils déclarent que l'étiologie de cette affection reste complètement inconnue.

S. Fernet.

British Medical Journal (London).

Remarques sur la maladie de Hodgkin ; présence d'un agent pathogène dans les ganglions et sa recherche pour le diagnostic (Remarks on Hodgkin's disease ; a pathogenic agent in the glands, and its application in diagnosis), par Gordon. *The British Medical Journal*, n° 3771, 15 avril 1933, p. 641.

G. résume et complète un rapport sur la maladie de Hodgkin qu'il a présenté au Ministère de l'Hygiène.

Ses recherches montrent la présence dans les ganglions d'un virus qui, inoculé au lapin, donne lieu à une méningo-encéphalite spéciale.

Le ganglion extirpé, coupé en petits fragments et additionné de bouillon de culture ordinaire dans la proportion de 1 pour 10, est placé, après décantation, dans une glacière pour 8 jours. On injecte au lapin 1 centimètre cube de cette suspension : 0 cc. 4 dans le cerveau, le reste dans une veine de l'oreille.

Après une incubation variant de 2 à 6 jours, les lapins présentent les signes d'une méningo-encéphalite : rétraction de la tête, paralysie spasmodique des membres avec incoordination des mouvements, rigidité du dos, perte de poids. La majorité de ces animaux meurent dans un délai de 3 jours à 1 mois, le plus souvent après 10 jours. On ne constate chez eux aucune lésion macroscopique sauf une congestion des méninges. Les quelques animaux qui ont survécu ont guéri lentement ; ils étaient immunisés contre les injections ultérieures de virus.

Pour contrôler ces faits, G. a injecté à des lapins des suspensions de ganglions prélevés à des malades atteints d'adénite chronique, de leucémie, de sarcome, de lympho-sarcome, de mycosis fongoïde, etc. Dans aucun de ces cas, il n'a observé de syndrome paralytique. Au contraire, sur 20 cas de maladie de Hodgkin, ce syndrome a été constaté 17 fois.

La suspension ganglionnaire utilisée ne paraît contenir aucun microorganisme : toutes les cultures restent négatives. Cependant, le virus est très résistant : il n'est détruit ni par la dessiccation, ni par la chaleur à 65°, ni par l'acide phénique à 0,5 o/o. Le filtrat de la suspension est inactif, mais il faut noter que la suspension perd sa virulence avant la filtration, du fait de la dilution. Cette suspension est inactivée *in vitro* en présence du sérum des animaux guéris ; le sérum des lapins sains ne l'inactive pas.

Les souris sont réfractaires au virus de la maladie de Hodgkin, mais les cobayes réagissent comme les lapins par une rigidité musculaire et une perte de poids ; ils meurent en 8 à 21 jours et présentent quelquefois des ganglions hypertrophiés.

S. FERNET.

Une réaction biologique pour le diagnostic de la maladie de Hodgkin (A biological test in the diagnosis of Hodgkin's disease), par ROOYEN. *The British Journal Medical*, n° 3771, 15 avril 1933, p. 644.

R. a pratiqué le test biologique de Gordon (injection d'une suspension ganglionnaire dans le cerveau du lapin) dans cinq cas de maladie de Hodgkin, un cas de pseudo-leucémie, un cas de lymphosarcome. Négative dans la leucémie et le lymphosarcome, la réaction a été positive dans trois cas de maladie de Hodgkin (syndrome paralytique caractéristique chez le lapin), douteuse dans un cas et négative dans un cas.

R. admet que le test biologique de Gordon constitue une méthode facile qui permet de différencier la maladie de Hodgkin du lymphosarcome, des leucémies et des adénies tuberculeuses.

S. FERNET.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia (Bologne).

Comportement du pouvoir granulopexique du système réticulo-endothélial aux diverses étapes de l'infection syphilitique, par Livio Burbi. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia,* vol IX, fasc. 2, mars 1933, p. 111. Bibliographie.

Considérations générales sur l'évolution qui s'est produite depuis quelques années dans nos conceptions relatives au tissu conjonctif, que l'on appelait naguère un tissu « banal » et auquel on attribue aujourd'hui d'importantes fonctions physiologiques et pathologiques. Historique des recherches qui ont abouti aux théories de Aschoff sur le système réticulo-endothélial. Discussion sur le « blocage », sa valeur séméiologique et les différentes techniques par lesquelles on peut le réaliser. Celle qui est actuellement le plus en faveur est le procédé de l'injection de Rouge Congo, introduit par deux Américains : Adler et Reimann. L'étude du pouvoir granulo-pexique offre un intérêt tout particulier dans la syphilis, étant donné l'importance du rôle des phénomènes d'allergie et d'immunisation dans cette maladie.

C'est à l'épreuve du Rouge Congo que l'auteur a eu recours pour étudier le pouvoir granulo-pexique dans la syphilis à ses différents stades et dans la syphilis nerveuse.

Le détail des expériences pratiquées ne peut se résumer. L'auteur conclut que la méthode du Rouge Congo appliquée à l'étude du pouvoir granulo-pexique dans la syphilis est une méthode encore trop récente et imparfaite, dont le mécanisme obscur contient encore trop d'éléments d'incertitude et trop de causes d'erreur. Il semble cependant certain que l'activité granulo-pexique soit en rapport avec le degré de stabilité des combinaisons entre les protéines du plasma et le colorant.

Ces combinaisons dépendent de l'état physique du sérum, mais aussi de l'état physique de la solution du colloïde Rouge Congo inoculé. Pour avoir des résultats constants, comparables et utilisables, il faudrait donc établir un équilibre standard du plasma et de la solution inoculée.

B. montre en effet par quelques exemples que la valeur granulo-pexique de la surface interne varie selon les sujets, selon les maladies antérieures et les traitements précédemment effectués.

Sous ces réserves, il admet que la méthode du Rouge Congo est une méthode d'avenir, qui promet beaucoup dans l'étude de la réaction individuelle et de la réactivité spécifique dans la syphilis, et qui, par conséquent, combinée avec les réinoculations, pourra nous éclairer sur l'origine et l'évolution des phénomènes allergico-immunitaires.

Provisoirement, il estime pouvoir formuler, d'après ses expériences, les conclusions suivantes :

1° L'indice de rétention est proportionné, dans la syphilis, à la gravité de l'infection ;

2° Il n'existe pas d'indice de rétention spécifique pour la syphilis, autrement dit, il n'y a pas d'indice de rétention typique et constant, qui puisse être considéré comme spécifique de la syphilis, et par suite être utilisable pour le diagnostic de la lues ;

3° Dans la syphilis ignorée, l'indice de rétention nous orientera s'il s'agit du stade primaire, secondaire ou tertiaire.

En effet, les indices de rétention de 60-70 o/o appartiennent à la lues secondaire avancée et aux gommes ; au contraire, un indice de rétention de 80-90 o/o sera en faveur de la lues primaire exanthématique ou post-exanthématique récente, à l'exclusion de la lues nerveuse, qui montre souvent des valeurs identiques. Si le stade de la syphilis est connu et si les valeurs sont supérieures à celles qui correspondent à ce stade, cela peut être rapporté à la gravité de l'infection, ou à la lues nerveuse, de sorte que l'épreuve peut avoir une valeur diagnostique et, jusqu'à un certain point, pronostique, non indifférente.

4° Des valeurs normales dans la syphilis certaine indiquent la latence tardive ou tertiaire. Des valeurs au-dessous de la normale, dans la syphilis certaine, ont été rencontrées par B. seulement dans la lues nerveuse ;

5° Pour ce qui est du parallélisme entre les réactions sérologiques et l'indice granulo-pexique, on peut dire qu'en général, il s'agit de faits indépendants ; le fait qu'il y a parfois concordance ne peut être considéré que comme un fait occasionnel.

De toute manière, de nouvelles observations apparaissent indispensables pour bien fixer la valeur de l'indice de rétention dans la syphilis.

Belgodere.

Note clinique sur un tableau complexe de tuberculides, par Giulio Radaeli et Roberto Casazza. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia,* vol. IX, fasc. 2, mars 1933, p. 147, 17 fig. Bibliographie.

Les auteurs rapportent le cas curieux et même unique d'une femme de 22 ans qui présentait, sur différents points du corps, des lésions très variées d'aspect, mais tous ces aspects variables ayant un caractère commun, de rappeler les caractères d'une des différentes formes de tuberculides. A savoir : aux bras, aux seins, au dos, aux flans : lésions nodulaires rappelant les sarcoïdes de Darier-Roussy ; au cuir chevelu : tuberculides. A savoir : aux bras, aux seins, au dos, aux flancs : lésions rappelant le lupus érythémateux tumidus décrit par Gougerot ; au dos du nez et aux joues : lésions rappelant la sarcoïde de Bœck ; aux oreilles, lésions rappelant le lupus érythémateux commun ; sur les côtés du cou : cicatrices permettant de faire le diagnostic rétrospectif de lésions tuberculeuses colliquatives des ganglions lymphatiques. Cet ensemble était complété par un état d'acrocyanose très net des avant-bras et des mains. L'aspect tuberculoïde de ces diverses lésions amena les auteurs à instituer le traitement aurique, qui donna d'excellents

résultats sur les lésions infiltratives, organiques, mais ne modifia en rien les troubles fonctionnels, acrocyanotiques.

Pour tâcher d'avoir une confirmation de la nature suspectée tuberculeuse de ces lésions, diverses recherches pharmacodynamiques et biologiques furent instituées, ainsi que des examens biologiques dont les auteurs rapportent les résultats. Sans en rapporter les détails, disons que, dans l'ensemble, ces examens histologiques confirmèrent les soupçons de la nature tuberculeuse de ces lésions. Une autre confirmation était apportée par les antécédents d'adénite, manifestement bacillaire et par une densification du tissu osseux de la mastoïde, qui fut révélée par l'examen radiologique.

Il s'agit de savoir s'il existe un lieu pathogénétique entre l'état acrocyanotique et ces diverses lésions organiques. Les auteurs font observer que, d'après Flarer, dans l'acrocyanose, le trouble fonctionnel porte sur le réseau anastomotique sous-dermique ; or, dans les diverses lésions étudiées chez cette malade, il y avait de graves et constantes altérations, à type oblitérant, du réseau susdit. Cette constatation justifie une vue unitaire de l'ensemble du tableau tégumentaire observé. D'ailleurs, il est fréquent d'observer la coexistence de l'acrocyanose avec une tuberculide classique comme le lupus érythémateux et il est aussi fréquent d'observer une transition graduelle entre l'acrocyanose et des formes plus élevées dans l'échelle des tuberculides, comme l'érythème induré de Bazin. Enfin, les heureux résultats de la thérapie aurique viennent apporter encore une confirmation à la conception unitaire. L'échec de ce traitement contre les manifestations d'acrocyanose ne va pas à l'encontre de cette conception, car ce trouble fonctionnel ne constitue pas à proprement parler une lésion mais plutôt un « habitus », l'expression d'un état constitutionnel.

On peut donc dire que, *dans le cas étudié*, apparaît comme démontrée l'existence d'un lien entre les troubles fonctionnels et les lésions organiques d'une part, entre les diverses lésions organiques d'autre part. Hypothèse qui ouvre une voie fructueuse à des travaux ultérieurs.

BELGODERE.

Observations sur quatre cas d'érosions blastomycétiques interdigitales, par Emilio COTELLA. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. IX, fasc. 2, mars 1933, p. 180. Bibliographie.

Dans une période de temps relativement courte, l'auteur a eu l'occasion de rencontrer quatre cas d'érosions interdigitales blastomycétiques. Trois étaient localisés aux espaces interdigitaux des mains, le quatrième aux espaces interdigitaux des pieds.

Quatre espèces différentes de champignons ont pu être reconnues sur ces lésions interdigitales : les deux premières peuvent être identifiées, en se basant sur les caractères morphologiques, culturaux et biochimiques (en suivant la classification de Castellani) comme des *Monilia* : variété *pseudo-londinensis*, l'une (rare en Italie), l'autre var. *para-*

balkanique. Le troisième et le quatrième champignons appartiennent au genre *cryptococcus*, sans qu'il soit bien possible de préciser quelle espèce.

Avec les mycètes isolés, il a été toujours possible d'obtenir la reproduction expérimentale de la dermatose sur la peau saine d'autres sujets ; la rétroculture a toujours été positive.

Les épreuves biologiques n'ont pas, en général, donné de résultats bien probants, sauf pour ce qui concerne l'intradermo-réaction ; les recherches sérologiques sont celles qui ont donné les résultats les moins nets.

Les mycètes isolés, inoculés à des animaux (lapins, cobayes), soit par la voie intraveineuse, soit par la voie intracardiaque, ont amené la mort de presque tous les animaux en un temps relativement court (2 à 5 jours) ; ces inoculations ont amené des lésions des divers organes internes, parfois macroscopiques, mais toujours reconnaissables en tout cas par les examens histologiques et qui consistaient le plus souvent en lésions aiguës non caractéristiques. BELGODERE.

Un cas de porokératose de Mibelli intense et rare processus hyperkératosique, par Giovanni SANTOJANNI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. IX, fasc. 2, mars 1933, p. 204, 3 fig. Bibliographie.

Cas très curieux. D'abord, par l'étendue des lésions qui avaient envahi tout le corps, sauf le tronc : tête et quatre membres. Puis, par les caractères anormaux de certaines d'entre elles. Les unes avaient bien l'aspect classique : partie centrale atrophique, amincie, en papier à cigarettes, périphérie marquée par un bourrelet kératosique net, creusé à son sommet d'un sillon d'où émerge une lame cornée mince comme une lame de couteau. Ces caractères classiques étaient ceux de la partie supérieure du corps ; mais, à mesure qu'on descendait vers les parties inférieures, cet aspect se modifiait : la partie centrale se montrait moins amincie et se recouvrait de squames, d'un revêtement kératosique ; le bourrelet périphérique perdait lui aussi ses caractères typiques : il était remplacé par de volumineuses et saillantes formations hyperkératosiques, d'aspect crétacé, friables, qui, au niveau de l'un des deux cous de pied, arrivaient à faire une saillie de dix centimètres.

L'auteur discute l'interprétation de ces caractères anormaux et la pathogénie de l'affection, encore très obscure. Il rappelle que la plupart des auteurs lui attribuent une origine nævique (nævus kérato-atrophique), mais d'autres théories ont été proposées, parmi lesquelles, bien entendu, l'inévitable théorie neuro-endocrinienne.

BELGODERE.

Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Alopécie totale chez un sujet neuro-endocrinopathique, par le Prof. Giuseppe Bertaccini. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 2, avril 1933, p. 225, 3 fig. Bibliographie.

Étude d'un cas de pelade décalvante (c'est-à-dire débutant par des plaques, pour se généraliser ensuite, et non de *defluvium capillorum*) observé chez une jeune fille de 15 ans, avec des particularités assez spéciales : céphalées, marquant le début de l'alopécie, disparaissant à la suite d'une ponction lombaire, en même temps que s'amorçait une repousse vigoureuse de la chevelure, alors que cette alopécie demeurait stationnaire depuis deux ans et, au bout de quelques mois, réapparition de céphalées, de vertiges, récidive de l'alopécie, cette rechute s'accompagnant d'un accroissement net de l'embompoint de la malade.

Ces caractères cliniques et les épreuves pharmacodynamiques, démontraient une association de troubles endocriniens et de troubles du système nerveux végétatif, d'ailleurs complexes et parfois contradictoires, par suite d'interprétation difficile. Ce trouble endocrinien, notamment, était confirmé par des épreuves biologiques : réaction de Zondek sur la souris, réaction de Friedmann, sur le lapin. L'une et l'autre furent positives, montrant la présence en excès, dans l'urine de la malade, d'hormones hypophysaires (prolan A et B).

L'auteur discute les diverses hypothèses pathogéniques : 1° lésions nerveuses mésocéphaliques, agissant directement sur les nerfs trophiques ; 2° action de ces mêmes lésions agissant sur le système vasculaire cutané et par suite sur la nutrition des poils ; 3° alopécie causée uniquement par le déséquilibre hormonique.

B. pense que l'explication la plus vraisemblable est que le déséquilibre hormonique aurait agi *indirectement* à travers des altérations neurovégétatives, centrales ou périphériques, anatomiques ou fonctionnelles.

Belgodere.

Recherches et observations sur l'hydroa vacciniforme, par E. Scolari. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 2, avril 1933, p. 241.

Dans deux cas d'hydroa vacciniforme, fut exécutée, selon les procédés d'extraction habituels, la recherche de la coproporphyrine et de l'uroporphyrine dans les urines, de même que la recherche de la protoporphyrine dans les globules rouges. Ces substances se montrèrent, dans les deux cas, contenues dans les limites physiologiques, aussi bien dans les urines que dans les globules rouges.

La provocation expérimentale, effectuée dans le premier cas, de nouveaux éléments d'hydroa vacciniforme au moyen d'irradiations solaires, et par l'administration de sulfonal, ne réussirent pas à donner lieu à l'élimination de porphyrine dans des conditions pathologiques.

Dans le premier cas, on étudia les variations provoquées par les irra-

diations solaires au point de vue du nombre des éléments morphologiques du sang, de la bilirubinémie, de la glycémie et de l'azotémie (azote total et azote résiduel).

Les leucocytes dans leur nombre global, et les différents éléments de la série blanche, subirent des variations analogues à celles que l'on peut rencontrer chez des sujets normaux soumis aux mêmes réactifs. Les globules rouges répondirent au contraire à l'excitation cutanée d'une manière anormale, c'est-à-dire par une diminution de leur nombre, mais seulement lorsque l'irradiation solaire fut suivie de l'apparition de nouveaux éléments d'hydroa vacciniforme.

Quand la récidive expérimentale ne se produisit point, le nombre des globules rouges subit, comme d'habitude, une augmentation.

La bilirubine et l'azote total du sang subirent des modifications négligeables : l'azote résiduel augmenta au contraire sensiblement, en particulier lorsque l'irradiation solaire provoqua l'apparition d'éléments vésiculaires.

La glycémie subit une augmentation nette et constante, d'importance proportionnelle à l'intensité de l'excitation.

Dans le deuxième cas, on pratiqua une série de stimulations cutanées au moyen de radiations artificielles ; les excitants employés furent : les rayons ultra-violets (rayons ultra-violets totaux et rayons ultra-violets à ondes longues), les rayons de la lampe à arc (totaux ou filtrés par des écrans perméables seulement à certaines radiations) et les rayons caloriques.

En aucun cas n'eût lieu l'apparition de jetées d'éléments d'hydroa vacciniforme. Une récidive expérimentale ne put être obtenue, pas même après photosensibilisation avec la trypaflavine et exposition consécutive aux rayons de la Aureol-Lampe Siemens. Un résultat analogue fut obtenu par des irradiations Finsen sur la peau soumise à la compression.

Le patient montra une nette hypo-réactivité vis-à-vis des excitations lumineuses au niveau des mains et du visage ; il réagit au contraire d'une manière intense et anormale, au niveau de la peau de la région dorsale, aux rayons ultra-violets et aux radiations du spectre visible de longueur d'onde inférieure à 509 microns. La réaction présentée par la peau de la région dorsale aux excitants ci-dessus indiqués, fut *immédiate, de type pomphoïde*, et entourée d'un *ample halo rouge réflexe* dépassant largement les limites de la zone excitée.

Belgodere.

Sur les migrations intra-épidermiques de cellules tumorales, par Roberto Casazza. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 2, avril 1933, p. 275, 14 fig

La question des migrations intra-épidermiques des cellules tumorales a soulevé de vives controverses entre les histologistes. C'est surtout en ce qui concerne l'interprétation de ces migrations dans les métastases

cutanées des nævocarcinomes et dans la genèse des manifestations cutanées de la maladie de Paget du sein que les discussions ont été ardentes entre Darier et Nicolau pour le premier cas, entre Darier, Masson et Pautrier pour le deuxième.

L'auteur rappelle la description donnée par Nicolau dans le numéro de juillet 1930 de ces *Annales*, d'un cas de nævocarcinome, où il avait constaté dans l'épiderme de revêtement, à différentes hauteurs, des thèques formées d'éléments identiques à ceux de la tumeur sous-jacente, et qui avaient donc (selon Nicolau) émigré dans l'épiderme *dans le sens centrifuge*.

Cette constatation allait à l'encontre de la théorie classique, celle de l'*Abtropfung* de Unna (*égouttement*) d'après laquelle les cellules næviques ont une origine épithéliale, épidermique et évoluent de l'épiderme vers la tumeur *dans le sens centripète*.

De même, pour la maladie de Paget, on discute la question de savoir si la cellule de Paget est autochtone, si elle naît par transformation, dégénérescence, d'éléments épidermiques, ou bien si elle arrive dans l'épiderme par migration d'éléments cancéreux primitifs provenant des canaux galactophores ou des glandes de la peau.

C. rapporte un cas qui se relie à cette discussion, bien que d'une manière indirecte, car il s'agit d'une tumeur conjonctive.

Ce cas a été observé chez une femme de 52 ans, qui avait été atteinte d'un sarcome de la région inguinale dont on avait fait l'ablation chirurgicale. Quelque temps après, apparurent, sur la cuisse et la jambe du même côté, de petits nodules, dont il fut fait une biopsie et une étude histologique dont l'auteur fait la relation détaillée. Cet examen histologique démontra qu'il s'agissait de petites tumeurs de nature conjonctive.

Sans entrer dans les détails de cette étude et pour nous borner aux points qui ont rapport avec la démonstration poursuivie, il fut constaté sur les coupes, en grand nombre et sur une large étendue, des faits de migration intra-épidermique mono et polycellulaire de la part des éléments de ces petites tumeurs conjonctives métastatiques. En outre, quand on observait ces coupes, on voyait sur certains points des aspects histologiques qui pouvaient rappeler le tableau que l'on résume synthétiquement par le terme d' « égouttement » (*Abtropfung*), sur d'autres points très nombreux, des aspects qui rappelaient les figures histologiques qui ont joué un rôle important dans les discussions sur l'origine de la « cellule de Paget » par migration cancéreuse intra-épidermique, pour autant du moins qu'on peut l'admettre en comparant ces préparations avec les figures rapportées par les différents auteurs favorables à cette thèse (faits de migration unicellulaire, cellules du type « à manteau » pénétrations endocellulaires d'éléments migrateurs).

Mais il convient de préciser que ces constatations histologiques, se rapportant à un domaine nettement différent de celui des nævocarcinomes et de la maladie de Paget, mais ayant avec les caractères spéciaux de ces maladies quelque ressemblance et quelque analogie ne peuvent

apporter qu'une contribution indirecte aux questions auxquelles il a été fait allusion et qui ont trait à l'interprétation de ces maladies. Cette contribution doit être interprétée dans le sens de démontrer la possibilité, dans un domaine collatéral, de relever des faits qui rappellent les constatations caractéristiques des maladies susénoncées, mais qui sûrement peuvent être interprétées dans le sens de migrations cellulaires épidermotropes.

Il n'est pas possible pour le moment, de dire, en se basant sur un seul cas, si les constatations qui ont été faites dans cette observation peuvent influer sur la décision de la discussion évoquée, mais elles offrent néanmoins un grand intérêt en montrant que cette étude mérite d'être poursuivie. La seule conclusion que l'auteur prétende en tirer, c'est que, dans ce cas, la présence de véritables migrations intra-épidermiques de la part d'éléments partis de la tumeur conjonctive sous-jacente, apparaît comme évidente. BELGODERE.

Acide urique et eczéma. II. Modifications du métabolisme de l'acide urique et de son contenu dans la peau après administrations expérimentales, par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 2, avril 1933, p. 299.

Dans un travail précédent, que nous avons analysé, l'auteur s'était occupé des modifications de l'uricémie et de l'élimination rénale de l'acide urique chez des sujets traités par administration expérimentale d'acide urique. Entre autres résultats, cette première série de recherches avait montré que les eczémateux se présentaient comme des sujets ayant un métabolisme restreint de l'acide urique ; on constate chez eux notamment des valeurs basses de l'uricémie. Pour expliquer ce fait, on est amené à penser à un métabolisme peu actif de l'acide urique parce que celui-ci serait retenu, chez les eczémateux, dans les tissus. Et parmi ceux-ci entrerait en ligne de compte en particulier, la peau. Ce rôle de la peau, il est du reste permis de le soupçonner si l'on songe aux réactions de foyer et aux réactions allergiques locales que l'auteur a signalées dans le précédent travail.

Il a donc entrepris une nouvelle série de recherches, pour étudier le contenu en acide urique de la peau des eczémateux et en confronter les résultats avec ceux de l'uricémie et de l'élimination rénale de l'acide urique.

Il n'est pas possible de suivre le détail de ces recherches, mais voici à quelles conclusions elles ont abouti :

Les variations de l'uricémie, de l'élimination rénale et du contenu de la peau en acide urique furent étudiées dans des conditions de régime apurinique et hyperpurinique. Les sujets eczémateux examinés présentèrent sous le régime apurinique, des valeurs très basses d'uricémie et d'élimination rénale de l'acide urique.

Le contenu de l'acide urique augmenta en général par l'effet du régime hyperpurinique ; mais l'augmentation ne fut pas constante ni d'intensité égale chez les différents sujets examinés.

L'élimination rénale d'acide urique augmenta en général notablement ; mais cette augmentation fut également diverse chez les divers sujets, dans des conditions égales de régime hyperpurinique. De toute façon, les chiffres absolus de l'élimination rénale ne surpassèrent pas les limites assignées normalement pour le régime apurinique.

Dans une période de régime apurinique consécutive au régime hyperpurinique, l'uricémie et l'élimination rénale redevinrent très voisines des valeurs de la précédente période apurinique.

Le contenu de la peau en acide urique (souvent plus élevé chez les sujets eczémateux en comparaison avec les non-eczémateux, dans les conditions du régime apurinique) n'augmenta pas à la suite du régime hyperpurinique. Au contraire, il diminua, s'il était primitivement élevé, et il demeura peu important, s'il était tel sous le régime apurinique.

Les conditions cutanées des sujets eczémateux se ressentirent d'une manière variable des conditions de « surcharge » en acide urique. Les phénomènes les plus intéressants sont la résolution des infiltrations et l'amélioration des lésions d'eczéma chronique : la peau devint plus morbide, plus mince, plus souple.

Les variations de l'acide urique de la peau chez les eczémateux et la réponse à la « surcharge » d'acide urique font entrevoir la possibilité de l'intervention de l'acide urique dans l'eczéma comme co-facteur d'allergie ou facteur allergogène. La signification de l'acide urique dans l'eczéma peut être envisagée comme analogue à celle qu'il a dans la goutte.

L'action, souvent singulièrement favorable, de la surcharge d'acide urique dans l'eczéma chronique infiltratif, peut s'expliquer, soit par le moyen de phénomènes d'uricolyse facultative provoqués par l'acide urique administré, soit par sa propriété d'augmenter la perméabilité capillaire. La question est posée, pour la recherche clinique, analytique et individuelle, de l'action de l'acide urique, administré à doses fractionnées et répétées, dans les différentes formes cliniques de l'eczéma.

Belgodere.

Recherches sur le fonctionnement hépatique et rénal chez les eczémateux, par Giacomo Santori. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 2, avril 1933, p. 315. Bibliographie.

L'étude des rapports entre les manifestations pathologiques de la peau et les altérations des organes ou fonctions des organes internes est d'occasion fréquente pour le dermatologiste et tout particulièrement pour des affections comme l'eczéma qui obéit à des facteurs étiologiques des plus variables. Jusqu'ici, dans toutes ces recherches, on s'est attaché surtout à l'étude des variations des valeurs hématiques. Il a semblé à S. plus logique et plus utile de faire porter ces recherches sur les altérations de fonctionnement des organes eux-mêmes et plus spécialement sur ceux dont le rôle est prépondérant dans le métabolisme, c'est-à-dire le foie et le rein.

Ainsi, sur une série de 23 sujets atteints d'eczéma, il a pratiqué toutes les recherches habituelles, aptes à contrôler le fonctionnement du foie et du rein (rapports urologiques, constante d'Ambard, bleu de méthylène, etc.).

Ces 23 sujets comprenaient trois groupes : 1° cas d'eczéma aigu, subaigu, chronique ; 2° cas d'eczéma professionnel, d'origine externe ; 3° cas d'eczéma atypique ou compliqué.

Ces recherches ont démontré, d'une manière générale que, chez la plupart des eczémateux et plus spécialement chez ceux qui présentent des formes exsudatives, il existe presque toujours des troubles fonctionnels du foie et des reins, plus ou moins accentués.

S. n'a pas pu parvenir à déterminer la prédominance d'un trouble fonctionnel particulier, car il est rare qu'on se trouve en présence d'un dysfonctionnement monovalent ; presque toujours on rencontre des associations plus ou moins complexes.

Par exemple, pour ce qui concerne la glycémie alimentaire, un comportement pathologique a été constaté dans 7 cas sur 19 ; 3 appartenaient au premier groupe, 1 au second, 4 au troisième. Il n'existe donc pas de rapport net entre le type de la dermatose et les résultats de l'épreuve de surcharge avec le glycose.

De même, pour ce qui concerne le comportement de l'acide urique du sang en considérant la valeur de 5 mg. o/o comme valeur normale maxima, on peut dire que, au moins dans la moitié des cas étudiés, l'acide urique du sang s'est montré plus ou moins augmenté, et cette hyperuricémie apparaît liée le plus souvent à une lésion rénale.

Quel est le rôle qu'il convient d'attribuer aux différentes altérations constatées aux dépens du foie et du rein dans l'apparition ou la persistance des lésions eczémateuses ? S. pense qu'elles agissent surtout comme causes prédisposantes et occasionnelles, d'une part, en permettant l'entrée dans la circulation de substances eczématogènes et en favorisant leur rétention, d'autre part, en exaltant la réactivité cutanée vis-à-vis des agents externes.

Mais en réalité ce sont là des questions d'une extrême complexité, qui peuvent amener aux hypothèses les plus variées : les lésions rénales, par exemple, peuvent être non pas la cause, mais la conséquence d'un eczéma ; la coexistence de lésions cutanées, hépatiques, rénales, peut être le fait d'une simple coïncidence ou bien elles peuvent dériver d'une cause commune. S. discute également le rôle de l'allergie et montre par l'exemple des cas étudiés, combien elle joue un rôle important dans la pathogénie de l'eczéma. BELGODERE.

Contribution à l'étude de l'épidermolyse bulleuse, par P. CERUTTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 2, avril 1933, p. 335, 7 fig. Bibliographie.

L'auteur a eu l'occasion de rencontrer cinq cas d'épidermolyse bulleuse dont trois frères appartenaient au type dystrophique, un autre cas

à la forme simple, un à la forme mixte. Dans le cas qu'il classe dans la forme simple, on constatait en effet de simples lésions bulleuses aux extrémités supérieures, lésions qui ne laissaient de signes durables d'aucune sorte. Dans le cas qu'il classe comme forme mixte, les bulles n'étaient pas suivies de traces cicatricielles, mais les altérations unguéales aux doigts de la main et des cicatrices à la face laissaient hésitant s'il devait être classé dans la forme simple ou dans la forme dystrophique.

A propos de ces cinq cas, l'auteur fait une importante revue générale, une mise au point de l'état actuel de nos connaissances sur cette question, qu'il étudie au point de vue clinique, histo-pathologique et pathogénique.

Sans le suivre dans tous les détails de cette étude, dont beaucoup sont déjà connus, nous insisterons sur certains points.

Chez les trois frères, il a pu observer un symptôme tout à fait particulier et rare, constitué par des élevures d'une coloration blanc ivoire, de grandeur variable, mais jamais supérieure au diamètre de deux centimètres environ, à siège initialement péri-folliculaire, entourées le plus souvent d'un halo de peau hyperpigmentée, localisées exclusivement au tronc et aux attaches des membres. Bien que divers auteurs fassent allusion à des lésions semblables chez les malades décrits par eux, c'est cependant à Pasini que revient le mérite d'avoir le premier attiré l'attention sur elles, en leur donnant le nom de dystrophies albo-papuloïdes. Il est plus difficile d'admettre avec cet auteur que ces lésions soient de nature primitive : C. est plutôt porté à penser, d'après l'étude de ses malades, qu'il s'agit de lésions de nature secondaire.

Au point de vue histo-pathologique, il n'accepte point l'opinion émise par la plupart, qu'il existe un rapport entre la profondeur de la lésion bulleuse et la forme de l'épidermolyse bulleuse : on voudrait que la bulle de la forme simple fut acantholytique et celle de la forme dystrophique, dermo-épidermolytique. Mais, même dans beaucoup de cas d'épidermolyse bulleuse simple, la bulle est la conséquence d'une désunion dermo-épidermique et c'est à ce niveau que C. l'a constamment rencontrée chez tous ses malades. Un autre fait constant que nous enseigne l'étude anatomo-pathologique de l'épidermolyse bulleuse est la profonde altération du tissu élastique dans les couches supérieures du derme, au niveau des bulles ou des lésions cutanées qui en sont la conséquence. L'élevure albo-papuloïde est constituée par une hypertrophie conjonctive du corps papillaire ; les fibres élastiques sont presque complètement disparues et reprennent peu à peu leur aspect normal à la périphérie de la lésion.

L'étiologie de cette dermatose est très obscure. Il semble que désormais la majorité des auteurs soit d'accord pour admettre que l'hérédité intervient comme cause effective et, d'une manière plus précise, une hérédité à type dominant dans la forme simple et une hérédité à

type récessif dans la forme dystrophique, ce qui semble confirmé par l'observation des trois frères, tous trois malades, alors que rien n'a pu être relevé à la charge des parents et des ascendants. Les deux autres malades au contraire, virent la dermatose apparaître à un âge avancé, après avoir souffert de troubles hépatiques et dans les urines, on put constater la présence d'hématoporphyrine. Ils rentrent donc dans le cadre de la porphyrie, syndrome qui a été étudié opportunément et bien délimité seulement dans ces dernières années. Pour cette raison, ces deux cas se détachent nettement, non seulement des autres qui font l'objet de cette étude, mais encore de presque tous ceux qui ont été décrits jusqu'ici : il ne s'agit pas là d'une véritable épidermolyse bulleuse à proprement parler, mais d'un tableau clinique identique à l'épidermolyse bulleuse développée chez deux porphyriques. Et nous savons que la porphyrie et plus précisément la forme chronique de la porphyrie est un syndrome clinique dont fait partie précisément l'altération du tissu cutané. C'est probablement l'état de toxicose interne qui a favorisé l'apparition des lésions cutanées et C. pense pouvoir cataloguer les deux patients dans le groupe que Siemens a défini comme *épidermolyse bulleuse acquise toxique.*

Dans l'épidermolyse bulleuse, on a maintes fois mis en évidence des altérations des glandes à sécrétion interne. C. a pu étudier à ce point de vue seulement deux de ses malades : le premier cas montrait une tendance vers l'état sympathicotonique, le second vers l'état vagotonique. Vraisemblablement, les dysendocrinies agissent elles aussi en altérant l'équilibre humoral, physiologique du plasma et par conséquent dans le sens d'une toxicose. BELGODERE.

Sur le dermographisme normal, par CHIALE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 2, avril 1933, p. 377.

Ce travail est une vue d'ensemble de l'état actuel de la question du dermographisme. Il ne saurait être question d'en donner une analyse. Étudier le dermographisme, c'est étudier des manifestations objectives minuscules, variables, complexes, qui comptent surtout par la minutie du détail, et ce travail doit être lu en entier, sans omettre une ligne, ou pas du tout.

Comme le fait remarquer l'auteur, jusqu'à ces dernières années, les notions que nous possédions sur le dermographisme étaient vagues, parcellaire, variables et même contradictoires. Cela tenait à ce que les différents chercheurs travaillaient chacun à sa guise, sans liaison et leurs résultats ne pouvaient donc être comparables. Actuellement, et surtout à la suite des recherches de Lewis en Angleterre, de Lunedei et Comel en Italie, de Sézary en France, etc., on s'est efforcé de travailler d'une manière plus méthodique, plus précise, avec des instruments de mesure spéciaux qui puissent permettre de confronter les résultats obtenus de divers côtés. C., dans ses recherches, a utilisé le Dermographe de Comel. Il étudie ainsi successivement dans ce travail : la réaction

dermographique blanche, la réaction dermographique rouge, les réactions composées (blanc, rouge, blanc), le dermographisme saillant, les facteurs qui modifient les réactions dermographiques, les conceptions actuelles sur la genèse du dermographisme, l'importance du dermographisme en séméiotique générale.

Bornons-nous à ces têtes de chapitre.

Ce qui domine actuellement le problème, c'est l'évolution qui s'est produite dans les conceptions physiopathologiques : les théories anciennes cherchaient à expliquer la production du dermographisme par des mécanismes extérieurs aux capillaires (théorie artériolaire, musculaire, nerveuse, à réflexe central ou préganglionnaire).

Dans les théories actuelles, prévaut au contraire la conception d'un mécanisme expressément local, c'est-à-dire que c'est dans la zone excitée ou dans son voisinage immédiat que se trouveraient les facteurs déterminants de la réaction capillaire. D'après Lewis et son école, ce facteur déterminant serait un métabolite normal, dont les propriétés fonctionnelles et probablement la structure chimique peuvent être identifiées avec celles de l'histamine et qu'il appelle la *Substance H.*

BELGODERE.

Onychomycose par Mycotorula, par L. CIARROCCHI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 2, avril 1933, p. 415, 5 fig.

Observation d'une femme de ménage de 22 ans, qui présentait aux deux mains, à l'index, au médius et à l'annulaire, des lésions exactement semblables : 1° légère tuméfaction du repli du derme cutané qui recouvre la racine et les bords latéraux de la lame unguéale ; en outre, à ce niveau, le « manteau de l'ongle » de Renaut se présentait décollé et desquamant ; 2° des taches de coloration jaunâtre plus ou moins intense qui occupaient la lame unguéale en totalité ou en partie ; au niveau de ces taches, surface irrégulière due à la présence de nombreux sillons transversaux, d'étendue et de profondeur variables.

L'examen direct de la raclure des ongles révèle la présence d'un parasite végétal, dont il est fait des cultures. Celles-ci sont envoyées à Paris et soumises à l'examen de MM. Rivalier et Langeron qui identifient un *Mycotorula.*

L'étude de ce champignon fut poursuivie par des recherches biologiques ; l'inoculation à la souris de cultures vieilles fut négative ; mais, au contraire, avec des cultures fraîches, on obtint des résultats positifs, confirmés par la rétroculture. Ce champignon était donc bien pathogène, c'était bien lui qui avait occasionné les lésions unguéales ; celles-ci n'étaient donc pas dues à d'autres causes, générales ou locales, internes ou externes, hypothèses qui pouvaient se présenter à l'esprit, mais que C. discute d'ailleurs et élimine.

En outre, l'intradermo-réaction et l'agglutination se montrèrent positives.

Ce *Mycotorula* est un champignon déjà connu, mais qui jusqu'ici n'était pas considéré comme pathogène. Mais il s'agit de savoir si l'espèce étudiée par C. est bien la même que celle qui était déjà classée. Il ne le croit pas et signale quelques caractères morphologiques distinctifs. Il croit donc s'être trouvé en présence d'une variété spéciale, inconnue jusqu'alors pour laquelle il propose le nom de *Mycotorula onychophila*.

BELGODERE.

Quelques cas cliniques intéressants de dessin vasculaire aréolaire cutané, par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia et Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 2, avril 1933, p. 431, 3 fig.

L'auteur présente, en en donnant une description clinique sommaire, trois cas intéressants de dessin vasculaire aréolaire cutané : un cas de *cutis marmorata orthostatica* (avec formation caractéristique de mélocyanème aréolaire orthostatique) ; un cas de *cutis marmorata* chez une hémiplégique (avec mélocyanème aréolaire symétrique et asymétrique du tableau thermique cutané) et un cas de syphiloderme à trame de dessin vasculaire aréolaire cutané.

Ces cas se prêtent à apporter une contribution à l'explication du mécanisme des dessins vasculaires cutanés et à en éclairer en même temps la signification clinique. Ils mettent en évidence le déterminisme essentiellement vasculaire cutané de ces conditions de pathologie fonctionnelle de la circulation cutanée. Ils montrent en outre comment de pareilles conditions d'atonie capillaire et d'altération de la régulation cellulaire du tonus capillaire peuvent avoir leur part dans les modalités de l'aspect extérieur d'entités cliniques déterminées.

BELGODERE.

Sur le traitement du psoriasis par les injections d'alcool avec des squames psoriasiques, par A. MARCOZZI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 2, avril 1933, p. 441 Bibliographie.

L'auteur, après avoir passé en revue la littérature sur ce sujet, et décrit la technique suivie pour la préparation de la suspension alcoolique de squames psoriasiques, expose la manière de conduire le traitement et les résultats qu'il a obtenus dans dix cas de psoriasis qu'il a traités par ce procédé. Il conclut que cette méthode, imaginée en Amérique par Campbell et Frost, a manqué son but, étant donné d'une part la constance des récidives et, d'autre part, l'inconstance des succès thérapeutiques. Ces résultats excluent la possibilité d'obtenir la guérison de la maladie dans le sens absolu et, d'autre part, même si l'on veut absolument attribuer à cette méthode un *quid agendum*, on ne peut pas exclure l'intervention possible d'autres facteurs (alimentation, climat, etc.) qui, dans chaque cas particulier peuvent avoir favorisé la rémission spontanée de la maladie, lorsque ces rémissions ont été constatées.

C. ne peut donc reconnaître à la méthode en question une valeur pratique, attendu qu'elle ne présente aucun avantage sur les autres

méthodes de traitement interne du psoriasis et encore moins sur le traitement local, basé essentiellement sur l'emploi des topiques réducteurs.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

L'équilibre protéique du sang dans quelques dermatoses, par Alberto MIDANA. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 4, avril 1933, p. 173. Bibliographie.

L'auteur expose des considérations générales sur l'importance de l'équilibre protéique du sang. Les variations du contenu protéique qui réagissent directement sur l'état colloïdal du plasma et les relations qui interviennent entre les variations qualitatives et quantitatives de ces substances, ont fait surgir une large série de recherches ayant pour but l'étude des modifications de l'équilibre protéique dans de nombreuses conditions pathologiques et expérimentales. Mais jusqu'ici, peu de recherches ont été dirigées dans ce but sur des formes pathologiques qui intéressent plus directement le dermatologiste. Aussi l'auteur a-t-il, dans ces derniers temps, mis en train une série de recherches afin d'étudier les modifications des protéines plasmatiques dans des processus cutanés divers, en limitant ses recherches à un petit nombre de dermatoses mais les étendant à un nombre de cas relativement important de manière à pouvoir aboutir à des conclusions qui puissent être prises en considération. Il a utilisé la micro-méthode azotométrique de Howe et, en appliquant la technique indiquée par Cipriani et Cionini, il a fait l'épreuve de l'équilibre protéique du sang en effectuant des dosages des protéines totales, de l'albumine, des globulines (et de leurs fractions) et aussi du fibrinogène. Sur ces données, il a fait le calcul du quotient albumineux. Ses observations ont porté sur 121 cas, normaux et pathologiques.

Ce travail consiste naturellement en une série de tableaux, de statistiques qui ne se prêtent pas à une analyse et dont nous ne pouvons donner que les conclusions.

De la comparaison établie avec les valeurs normales établies sur une série de 20 sujets en conditions physiologiques, voici quels ont été les résultats obtenus sur les dermatoses choisies comme sujet d'étude :

1° Sur un premier groupe de 28 malades atteints de psoriasis, 25 ont présenté des valeurs de l'équilibre protéique comprises dans les limites normales ; chez les 3 autres, l'écart de la normale était dû à des facteurs morbides différents, qui ont provoqué lesdites altérations indépendamment du processus en évolution du côté de la peau ;

2° Dans un second groupe de 30 malades atteints de différentes formes d'eczéma (généralisé ou localisé, exsudatif ou sec), l'auteur a pu au contraire mettre en évidence quelques données dignes de particulière mention et plus particulièrement : dans les cas où il existe une exsudation abondante et étendue, on peut presque toujours constater une évi-

dente diminution des protéines totales, parfois cependant comprise dans des limites relativement modestes. Le rapport A/G se présente abaissé et quelquefois même inverti non seulement dans les cas d'eczéma exsudatif généralisé mais aussi dans ces cas à exsudation limitée dans lesquels l'abaissement des protéines totales est seulement faiblement évident ou même absent. Les variations du quotient ne sont pas dues seulement à une diminution du taux albumineux du sang mais aussi à une augmentation partielle des globulines et parmi celles-ci particulièrement des euglobulines ;

3° Pour ce qui concerne le lichen plan, M. a observé, dans les formes aiguës généralisées, un abaissement net des protéines totales, mais sans évidentes modifications du quotient A/G ;

4° De profondes altérations ont été constatées dans le groupe des dermatoses bulleuses. Ainsi, dans la dermatite herpétiforme, il y avait abaissement du quotient A/G dû, pour la plus grande partie, à une hyperglobulinémie avec légère diminution du taux de l'albumine. Dans le pemphigus, abaissement du coefficient de degré légèrement plus élevé que dans la dermatite herpétiforme, dû à une très notable diminution de l'albumine hématique avec faible modification du taux des globulines : donc, à des diminutions identiques ou presque du coefficient albumineux constatées dans ces deux types de dermatoses, correspond un mécanisme différent de la production de ces variations mêmes, sans compter en outre les modifications, différentes dans les deux dermatoses, de l'équilibre partiel des fractions globuliniques ;

5° Dans 8 cas de lupus vulgaire qui comprenaient en général des formes graves et avancées mais sans lésions spécifiques évidentes des autres appareils, on a observé une légère augmentation des protéines totales due essentiellement à une hyperglobulinémie, à laquelle correspond un abaissement net et parfois une inversion du coefficient albumineux ; en d'autres termes, un comportement de l'équilibre protéique assez analogue à celui qui s'observe dans la tuberculose pulmonaire ;

6° Chez les lépreux, les résultats ont coïncidé d'une manière générale avec ceux que plusieurs auteurs ont déjà relevés comme caractéristiques de cette forme morbide, c'est-à-dire dans les cas de lèpre en activité, un abaissement net du coefficient dû pour la plus grande part, à une augmentation des globulines hématiques, exclusivement limité cependant à la pseudo-globuline I. Il y avait aussi une augmentation manifeste du fibrinogène et une absence de variations du taux des protéines totales ;

7° Il n'a pas été constaté de modifications dignes de mention dans quelques cas de pityriasis rosé de Gibert et dans quelques observations isolées de dermatoses qui n'ont pas fait l'objet d'un examen systématique et qui n'ont pas mis en évidence des données particulièrement intéressantes ;

8° La régression des lésions cutanées à la suite d'un traitement exclu-

sivement topique dans l'eczéma et d'un traitement principalement arsénobenzolique dans la dermatite herpétiforme a démontré dans quelques cas de ces affections cutanées, la persistance, quoique à un degré atténué, même une fois la guérison clinique obtenue des altérations de l'équilibre protéique rencontrées durant le décours de la dermatose ;

9° Les altérations de l'équilibre protéique observées chez les malades atteints d'eczéma, de dermatite herpétiforme et de pemphigus, ne sont pas liées exclusivement à la perte d'albumine par suite de la notable élimination de liquide à travers les lésions cutanées étendues, mais sont, au moins en partie, l'expression d'une véritable altération du métabolisme des protéines plasmatiques ;

10° Dans une nombreuse série de malades et en particulier chez la plus grande partie de ceux qui étaient atteints des dermatoses ci-dessus indiquées, on a pu constater la manifestation d'altérations de l'équilibre protéique qui entraînent une diminution de la pression oncotique du sang, condition qui selon les conceptions couramment admises, provoque l'établissement de conditions hydrodynamiques particulièrement favorables à l'issue du liquide à travers la paroi capillaire, avec perturbation consécutive du métabolisme hydrique au sein des tissus, facteur qui, associé à des altérations locales particulières de la peau, de nature inconnue, présente un très grand intérêt pour l'interprétation pathogénique de la symptomatologie cutanée de ces dermatoses caractérisées par l'élimination de liquide à travers les lésions.

Belgodere.

Epidermomycose due à l'Haplographium, par Artom. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 4, avril 1933, p. 203, 5 fig.

L'auteur fait remarquer que le nombre des Hyphomycètes considérés comme agents pathogènes de dermatoses chez l'homme va toujours en augmentant et il fait observer que les lésions déterminées par un même parasite peuvent revêtir les caractères les plus variables, pouvant aller des formes les plus superficielles et les plus étendues aux formes localisées avec profondes infiltrations nodulaires et gommeuses.

Il en apporte un nouvel exemple par l'observation d'un marin revenant de la Chine et qui avait été atteint dans ce pays d'une dermatose érythémato-squameuse occupant de larges surfaces sur les cuisses et les fesses, les éléments isolés offrant des caractères qui rappelaient tout à fait ceux de l'herpès circiné. L'affection présentait en outre un caractère épidémique et plus de 200 marins en avaient été atteints. L'ensemencement des squames donna des cultures dont A. indique les caractères et qui furent identifiées par le Prof. Pollacci (le Sabouraud italien) comme un *Haplographium de Bella-Marengo-Pollacci.* Agglutination positive à 1/200e pour le *Sporotrichon*, à 1/400e pour l'*Haplographium*. Réaction de fixation positive pour l'*Haplographium*, négative pour le *Sporotrichon*. Hémocultures négatives. Intradermo-réaction nettement

positive avec la trichophytine et la microsporine. Inoculation nettement positive chez l'homme, négative chez les animaux.

L'intérêt de cette observation réside : dans la vaste étendue des lésions, le caractère épidémiologique de l'affection cutanée, la rareté du parasite et enfin dans le caractère superficiel des lésions, alors que, dans les cas précédemment publiés, l'*Haplographium* avait toujours provoqué des ulcérations profondes. BELGODERE.

Thérapie acridinique et infection blennorragique, par Ugo PALMERA. *Il Dermosifilografo*, 8e année, nº 4, avril 1933, p. 210.

Encore une série de recherches de contrôle sur l'efficacité du traitement acridinique de la blennorragie. Elles ont porté sur plusieurs séries de sujets : uréthrite antérieure aiguë et subaiguë ; uréthrite blennorragique avec complications ; uréthrite chronique.

L'auteur conclut que l'on ne peut pas nier une valeur thérapeutique à l'acridinothérapie dans le traitement de la blennorragie. La disparition des troubles subjectifs dès les premières injections, les bons résultats obtenus avec évidence dans les cystites, la guérison évidemment plus rapide obtenue même dans les formes chroniques par le traitement mixte constituent des avantages indiscutables. Si l'on tient compte des difficultés fréquentes du traitement de la blennorragie, de sa longueur souvent fastidieuse, on ne saurait considérer comme un avantage négligeable d'avoir une arme de plus entre les mains du spécialiste.

Quant aux inconvénients, ils sont vraiment minimes et, en outre, le plus souvent évitables en prenant certaines précautions. Pour éviter le coup de soleil acridinique, P. a fait usage, avec de bons résultats, de la résorcine comme antiphotocatalyseur. BELGODERE.

Acta Dermatologica (Tokyo).

Contribution à la connaissance de la greffe de la peau. Ier Mémoire : Sur l'implantation de fragments cutanés dans le tissu musculaire; IIe Mémoire : Sur la valeur de l'index mitosique dans les cellules épidermiques des fragments greffés (Beiträge zur Kenntnis der Implantation der Haut : I. Mit. Ueber die Implantation der Hautstücke in der Muskelgewebe ; II. Mit. Ueber die Bedeutung der Mitosezahl an den Epithelzellen des implantierten Hautgewebes), par T. IMAKITA. *Acta Dermatologica*, vol. XX, fasc. 5 6, décembre 1932, pp. 137-138 (conclusions en allemand).

Ier Mémoire. — Dans des travaux antérieurs, I. avait montré que le cerveau constituait le meilleur milieu pour l'implantation de fragments cutanés qui persistaient, augmentés de volume, 10 mois après.

Dans le muscle, il a constaté que l'hypertrophie et l'hyperplasie de l'épiderme et des follicules étaient plus marquées encore que dans le cerveau ; que la prolifération des boyaux épidermiques y était aussi plus active. Autour du greffon, ni réaction conjonctive, ni réaction cellulaire. La plaie opératoire se cicatrise en 7-10 jours. Sans exception,

les fragments greffés se sont transformés en kystes au bout de 15 jours environ. Le kyste conserve son épithélium des mois durant, parfois épaissi. Le muscle est donc un bon milieu pour la greffe de la peau.

II[e] Mémoire. — L'auteur a étudié le nombre et les figures des mitoses de l'épiderme et des follicules du greffon. Les mitoses du greffon intramusculaire sont très nombreuses, et cela dès le 15[e] jour de la greffe ; dans le cerveau et le tissu sous-cutané, le greffon en est moins riche. Alors que dans le muscle, le nombre des mitoses diminue après le 20[e] jour, il reste presque aussi élevé dans le cerveau au bout de 30-150 jours. Ce fait tient à ce que dans tout autre tissu que le cerveau, le greffon forme un kyste clos, dont l'épiderme aboutit nécessairement à l'atrophie ; dans le cerveau, il ne se forme guère de kyste. Dans le muscle, il n'y a plus de mitose après le 150[e] jour ; dans le rein et le tissu sous-cutané, après le 100[e]. Donc, cerveau et muscle constituent les deux meilleurs milieux de conservation pour les cellules épidermiques.

L. Chatellier.

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

Les dermatoses professionnelles dans les fabriques de tôle, par E. I. Ioffé. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* n° 6, juin 1932, pp. 11-14.

L'auteur a étudié les dermatoses professionnelles chez les ouvriers fabriquant le papier ou carton bitumé servant à couvrir les toitures. La fabrique étudiée par l'auteur était assez primitive, puisque tous les processus de la fabrication s'y faisaient à la main : la coction de la masse bitumineuse, sa transvasation, l'imprégnation du papier ou du carton, sa mise en rouleau, etc. En plus, les ouvriers étaient munis de vêtements irrationnels mis directement sur le corps nu et ne préservant pas contre l'action des produits irritants.

Parmi les 41 ouvriers des deux sexes travaillant de 6 mois à plus de 3 ans, l'auteur en a trouvé 28 atteints de dermatoses professionnelles, soit 68 o/o. Les affections observées se divisent en 2 classes principales : 1° modifications de la coloration des téguments ; et 2° affections de l'appareil folliculaire.

La première classe (5 malades) se subdivise, à son tour, en deux variétés cliniques : *a*) dermite pellagroïde et *b*) dermatite généralisée subaiguë, ces deux variétés résultant de l'action photodynamique du bitume. L'atteinte prédomine aux parties découvertes. Les deux variétés peuvent se combiner sur le même malade.

L'affection de l'appareil folliculaire constatée chez 23 ouvriers se présente le plus souvent sous forme de comédons et de papules péri-folliculaires rouges, de dimensions variables. Les lésions sont localisées aux faces d'extension des membres supérieurs et des cuisses et à la ceinture. La plupart des papules se transforment en pustules, rappelant les éléments d'acné, mais douloureuses et durables. Ces éléments acnéi-

formes peuvent être plus ou moins nombreux et même confluer ; dans ce dernier cas, la capacité de travail est troublée. Les comédons et les folliculites peuvent rester à leur premier stade sans se pustuliser ni prendre l'aspect acnéique, mais cette éventualité est rare. Toute cette classe de dermatoses s'explique par la friction de la masse bitumineuse contre les follicules qui s'irritent et s'enflamment. L'occlusion mécanique provoque la formation des comédons, tandis que l'action chimique produit l'acné. Les vêtements imbibés mis directement sur le corps sont également responsables de ces dermatoses, observées à la ceinture où les habits sont en contact étroit avec la peau. Il est encore difficile de déterminer quelle est la substance chimique qui provoque ces altérations, car la composition de la masse bitumineuse est assez complexe et variable.

L'auteur souligne l'absence des processus pyodermiques, ce qu'il explique par les propriétés désinfectantes du bitume qui renferme du phénol.

La biopsie ne montre pas de flore. On ne trouve que de l'hyperkératose, de l'acanthose et une altération vacuolaire. Les follicules sont dilatés, leurs parois fondues. Les vaisseaux sont dilatés, leur voisinage est infiltré. Pour prévenir ces dermatoses professionnelles, l'auteur propose de mettre des vêtements rationnels et non appliqués directement sur le corps nu, mais sur du linge propre, de prendre des bains de corps et d'instituer une hygiène personnelle rigoureuse.

BERMANN.

Les accidents consécutifs à l'emploi des différentes séries de novosalvarsan, par A. P. FELDMANN et N. U. LAÏKHTÈRE. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nº 6, juin 1932, pp. 15-23.

Les auteurs ont entrepris l'étude des accidents observés après l'usage de diverses séries de novosalvarsan russe et se rapportant à une période de 2 ans et demi (1928, 1929 et première moitié de 1930). Durant ce laps de temps, il a été fait, aux dispensaires antivénériens d'Odessa, 20.587 injections intraveineuses de novosalvarsan à 2.273 malades. La répartition de ces injections est la suivante : 9.410 ont été faites à 1.016 hommes, soit en moyenne 10 injections par homme ; 9.502 injections faites à 1.112 femmes, soit en moyenne 9 injections par femme et 1.675 injections faites à 145 enfants, soit en moyenne 11 injections par enfant. Sur les 304 séries de novosalvarsan employées, les auteurs n'en ont retenu que 57, dont chacune a fourni au moins 50 injections.

Les auteurs ont délibérément négligé de prendre en considération les accidents témoignant de l'intolérance du malade au novosalvarsan indépendamment de la série appliquée, ainsi que ceux résultant de l'inobservation par le malade des prescriptions diététiques, de même que ceux dus à la réaction d'Herxheimer et ceux nettement consécutifs à l'élévation de la dose.

Sur 20.587 injections, les auteurs ont enregistré 1.128 accidents, soit 5,4 o/o. Ces accidents se répartissent ainsi : accidents bénins, 1.003 (4,87 o/o) ; crises nitritoïdes, 8 (0,04 o/o) ; dermatites, 44 (0,22 o/o) ; ictères, 71 (0,34 o/o) ; apoplexies séreuses, 2 (0,01 o/o). D'après la fréquence, les accidents s'observent le plus souvent chez les femmes, 8 o/o, puis chez les enfants, 3,9 o/o et enfin chez les hommes, 3,21 o/o. Les crises nitritoïdes ont eu lieu le plus souvent chez les enfants, 0,7 o/o, puis chez les femmes, 0,54 o/o et enfin chez les hommes, 0,09 o/o. Les dermatites salvarsaniques ont été enregistrées le plus fréquemment chez les femmes, puis chez les hommes, enfin chez les enfants. Elles ont eu une marche courte et bénigne, sauf dans un cas. L'ictère salvarsanique a frappé le plus souvent les hommes, puis les enfants, enfin les femmes. Les auteurs affirment que l'ictère n'était pas dû à la toxicité du novo-salvarsan, car on a employé des séries variées. Sur les 2 cas d'apoplexie séreuse, 1 s'est terminé par la mort. Ce fut l'unique cas de décès sur toutes les 20.587 injections novosalvarsaniques.

Les auteurs énumèrent ensuite les séries qui ont provoqué des réactions plus ou moins intenses et rappellent que parmi les 304 séries utilisées, il y en avait de celles qui furent, dans la suite, rejetées par les services de la Santé. Les séries non rejetées n'ont donné que rarement des accidents graves, la plupart n'ont produit que des réactions légères et de courte durée. Les séries ultérieurement interdites ont habituellement provoqué les accidents les plus graves et les plus durables, mais il n'y avait pas là de règle absolue, car des séries non défendues ont souvent produit des accidents plus intenses que des séries interdites. C'est pourquoi les auteurs se demandent s'il faut éliminer une série de novosalvarsan, si seulement un ou deux accidents en ont résulté. Les auteurs ont également étudié l'influence de la durée de la conservation du médicament sur sa toxicité et ils concluent que les accidents observés durant les premiers 3 mois de la circulation du salvarsan sont 3 fois plus rares que ceux observés au bout de 18 mois. La conservation prolongée augmente donc la toxicité du produit, mais il y a naturellement des exceptions démontrant le contraire.

Les auteurs arrivent à ces conclusions que le contrôle chimique, biologique et clinique exercés par la Commission d'État de vérification des préparations salvarsaniques doit être amélioré. La Commission doit être au courant de toutes les complications observées qui doivent être signalées en détail et de suite par les médecins traitants au Commissariat de la Santé Publique. Les injections intraveineuses doivent toujours être pratiquées d'après l'Instruction spéciale du Commissariat de Santé et leur inscription doit s'accompagner du numéro de la série employée. Les séries du produit doivent être employées au plus tard 1 an et demi après leur mise en vente, car après ce délai leur toxicité peut devenir nocive et provoquer des accidents. BERMANN.

Contribution à la stabilité du néosalvarsan, par W. N. Silbermann, M. M. Ariévitch et S. A. Potapoff. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1932, pp. 23-30.

Chargés de cette mission par la Commission d'État de contrôle des produits salvarsaniques, les auteurs ont étudié l'influence qu'exerce le temps sur les séries de novosalvarsan mises en vente après leur triple épreuve chimique, biologique et clinique.

Leurs recherches prouvent bien que les facteurs externes, la chaleur, par exemple, exercent une influence néfaste sur le novosalvarsan, en élevant sa toxicité. Il en est de même de l'eau de mer qui entraîne des altérations des propriétés physico-chimiques du produit qui devient plus toxique. Mais en dehors de ces causes extérieures, les auteurs ont essayé d'étudier si le temps seul altère le produit conservé dans de bonnes conditions, à l'abri de l'humidité et d'une température élevée. Ils ont pratiqué des recherches sur les séries de novosalvarsan fabriquées de mai 1926 à mai 1929, ayant donc une durée de 3 mois à 3 ans et demi. Comme témoins, on a pris le novosalvarsan de fabrication récente et le néosalvarsan allemand. Les recherches ont montré une absence complète de modifications physico-chimiques du produit par rapport aux échantillons comparés. Le produit s'est montré stable aussi au point de vue biologique. Mais tandis que ces séries montraient une toxicité augmentée pour les séries ayant une durée dépassant 1 an et demi-2 ans, le produit fabriqué après 1929 et jusqu'à la fin de 1931, a montré une stabilité absolue de toutes ses propriétés, car la fabrication a subi des perfectionnements importants et capitaux permettant une conservation beaucoup plus longue. Les séries fabriquées après la seconde moitié de 1928 n'ont suscité aucune plainte d'accidents quelconques. Les auteurs n'ont pas noté de rapport entre la quantité des plaintes et l'ancienneté de la série incriminée, car il y a aussi des accidents, il est vrai, bénins, dus aux séries de fabrication récente. Les auteurs proposent d'abolir le rejet systématique des séries datant de plus de 1 an et demi et préconisent en revanche d'améliorer le contrôle systématique des propriétés physico-chimiques, biologiques et cliniques du produit et de suivre attentivement les réactions anormales provoquées par toute injection intraveineuse de novosalvarsan.

Bermann.

Les modifications de la morphologie du sang et du pus urétral dans la blennorragie chez l'homme, par A. Kartamycheff et A. Degtiar. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1932, pp. 30-33.

Les auteurs ont étudié les variations morphologiques du sang et du pus uréthral chez 43 hommes atteints de blennorragie aiguë et chronique avec et sans complications, tous porteurs des gonocoques dans le pus de l'urèthre.

Le pus uréthral contient principalement des polynucléaires neutrophiles en état de dégénérescence vacuolaire en proportion de 88 à 96 o/o, par rapport aux autres éléments cellulaires, et ceci tant à l'état aigu

que chronique, compliqué ou non. Avec l'amélioration du processus, le taux des neutrophiles dégénérés diminue tandis que celui des neutrophiles normaux augmente. Les cellules basophiles et éosinophiles étaient en petite quantité, même dans les complications. L'éosinophilie n'est donc pas un signe décisif ou pathognomonique. Les lymphocytes augmentent avec l'amélioration du stade aigu, ainsi que le taux des cellules épithéliales.

Quant au sang, les globules rouges étaient en proportion normale, sauf dans 3 cas compliqués où leur nombre était abaissé ainsi que la quantité d'hémoglobine et l'index colorimétrique. Sauf de rares cas de leucocytose, les globules blancs étaient en proportion normale. Sauf quelques cas de neutropénie, le nombre des neutrophiles n'était pas modifié. Il existait aussi un cas de neutrophilose intense. Lors des complications, on pouvait observer une déviation à gauche, d'après Schilling, mais cette déviation disparaissait avec l'amélioration du processus. La monocytose n'a été enregistrée qu'à la période aiguë. La lymphocytose relevée au stade aigu diminuait lors de la cessation des phénomènes aigus.

Les auteurs concluent que le processus gonococcique provoque des altérations destructives locales qui se traduisent par l'abondance des neutrophiles dégénérés. L'inflammation calmée, leur place est occupée par des neutrophiles normaux, des cellules épithéliales et des lymphocytes. La morphologie du pus permet encore de suivre l'évolution du processus blennorragique, mais la morphologie du sang dans la blennorragie ne présente rien de caractéristique, ni de constant.

BERMANN.

Sur la valeur diagnostique des injections intracutanées de cultures vivantes et mortes de gonocoques, par E. M. LÉVINE et M. I. PINK. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* n° 6, juin 1932, pp. 33-38.

Après un aperçu bibliographique de la question, les auteurs exposent leurs résultats personnels. Pour leurs recherches, ils se sont servis des vaccins frais et des cultures fraîches de gonocoques. L'intensité de la réaction locale était mesurée par le diamètre de l'érythème et de l'infiltration cutanée et observée au bout de 24 et 28 heures après l'injection intracutanée, que les auteurs pratiquaient à la face interne du bras. Les microbes vivants ou morts injectés dans le derme étaient toujours dilués dans de la solution physiologique stérile.

La réaction aux microbes tués montre le même tableau uniforme chez les sujets sains et les divers malades. Au contraire, la réaction observée chez les personnes bien portantes a été parfois même plus intense que chez les malades, mais parfois quelques malades réagissaient plus fort.

Les recherches avec des cultures vivantes ne se faisaient que sur des malades, car les gonocoques injectés se multiplient et peuvent entraîner des abcès. La réaction était un peu plus intense dans les cas de

blennorragie chronique compliquée que dans ceux proches de la guérison, mais cette différence était insignifiante et ne pouvait avoir de valeur diagnostique.

Les auteurs concluent que l'introduction intradermique de cultures vivantes ou mortes de gonocoques ne présente pas de valeur diagnostique, car on ne décèle pas d'allergie gonococcique spécifique. En augmentant la quantité des microbes injectés, les auteurs observaient la même intensité, qualité et incubation, de la réaction chez les sujets sains et malades. BERMANN.

La valeur pratique de la réaction de Kahn dans les formes latentes de la syphilis, par O. W. WINOGRADOWA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 6, juin 1932, pp. 38-42.

Après quelques données bibliographiques, l'auteur rapporte ses résultats personnels de la pratique parallèle des réactions de Kahn et de Bordet-Wassermann. Les recherches de l'auteur, faites sur un total de 6,315 cas, montrent tout d'abord que la réaction de Kahn est simple et facile à exécuter, que ses ingrédients sont stables et que le résultat s'obtient rapidement. Sous l'influence du traitement de la syphilis secondaire et tertiaire latente, la réaction de Bordet-Wassermann devient négative plus vite que celle de Kahn qui est plus stable. Ce fait explique la discordance entre ces deux réactions. Ces discordances, notables après la première ou la deuxième cure, s'atténuent au fur et à mesure du traitement, pour disparaître enfin presque totalement après 6-7 heures. Dans les cas non soignés ou soignés irrégulièrement, la réaction de Kahn se montre plus sensible que la réaction de Bordet-Wassermann. Les recherches pratiquées sur des personnes saines, ou atteintes d'affections non syphilitiques ou sur des femmes enceintes, prouvent que la réaction de Kahn est plus spécifique et plus sensible que la réaction de Bordet-Wassermann. Les résultats non spécifiques obtenus par le Kahn sont plus nombreux que ceux obtenus par le Bordet-Wassermann. La réaction de Kahn est tout à fait stable : les expériences parallèles faites avec les mêmes sérums ont montré des résultats identiques. Or, malgré toutes ses qualités, la réaction de Kahn ne peut prétendre à une place autonome, comme toute autre séro-réaction, car ce n'est qu'un séro-diagnostic complexe qui est capable de déceler les modifications physico-chimiques compliquées de l'organisme provoquées par l'infection syphilitique. BERMANN.

Ceska Dermatologie (Prague).

Contribution à la pathogenèse de la pelade, par Vlasta RIKOVA. *Ceska Dermatologie*, t. XIII, nos 2-6, 1932, pp. 33, 55, 96, 107, 135.

Étant donnée la similitude entre l'alopécie provoquée par le thallium et la pelade vraie, l'auteur a étudié la question de leur pathogénie au point de vue clinique, expérimental et histologique. Dans un cas

de tentative de suicide par une préparation de thallium (*Zelio-grains*) on a noté des symptômes d'altération de la fonction thyroïdienne (métabolisme basal : minus 25 p. c.), une alopécie complète, le signe de Hertoghe, de la leuconychie et des métrorrhagies intermenstruelles.

Les expériences sur des rats blancs nourris par l'alimentation standardisée ont montré que l'addition de caséine et de vitamine A retarde l'épilation par le thallium.

Des biopsies systématiques, on peut conclure que : 1° l'alopécie causée par le thallium n'est qu'une accélération du changement normal des poils ; 2° l'empoisonnement chronique par des petites doses provoque l'atrophie et l'atrésie des follicules pileux ; 3° toutes les cellules épidermales montrent une grande sensibilité au thallium : celles de l'appareil pilaire sont les plus sensibles, les cellules de la couche germinative sont plus résistantes. L'auteur n'a pu retrouver les signes de dégénérescence du premier stade régressif décrits par Truffi.

Il résulte de ces recherches que l'alopécie provoquée par le thallium se produit par l'intermédiaire du système endocrinien et qu'elle peut être rapprochée de la pelade. Se basant sur ses travaux antérieurs sur la pelade, l'auteur conclut que la pathogénie de l'alopécie causée par le thallium est la suivante : l'altération du système endocrinien, atteignant surtout la thyroïde, abaisse la vitalité des cellules productrices de l'appareil pilaire comme dans la pelade. Cette altération de l'appareil pilaire est temporaire, et causée par l'action temporaire du thallium.

KAREL GAWALOWSKI (Prague).

Lichen plan avec efflorescences de prurigo, par Emil PETRACEK. *Ceska Dermatologie*, t. XIII, n° 7, 1932, pp. 147-157.

Un malade âgé de 64 ans souffre depuis 37 ans d'une affection prurigineuse, diagnostiquée il y a 4 ans seulement, comme lichen plan. On trouve par places, surtout sur les avant-bras, des papules blanc grisâtre typiques de prurigo disséminées entre les papules conglomérées de lichen plan et s'élevant de la peau lichénifiée sur des surfaces plus ou moins étendues.

Pendant le séjour à la clinique, on a observé parfois l'éruption de vésicules à voûte solide, localisées dans la région crurale. Les ganglions lymphatiques fémoraux sont tuméfiés.

La biopsie des papules blanc grisâtre a montré une structure typique de lichen, modifiée par un œdème considérable riche en fibrine.

L'auteur montre comment l'aspect clinique du lichen plan est modifié par la prépondérance de quelqu'une des trois composantes du lichen typique (d'après Samberger) : l'hyperkératose, l'hypersécrétion de la lymphe et l'inflammation. Pour ne citer que les exemples les plus frappants : dans le lichen plan corné, ce sont l'inflammation et l'hyperkératose qui prévalent, dans le lichen plan pemphigoïde, c'est l'hypersécrétion de la lymphe qui domine.

KAREL GAWALOWSKI (Prague).

Sur les relations de la maladie Nicolas-Favre avec l'ulcère chronique de la vulve et de l'anus, par Ian Obrtel. *Ceska Dermatologie*, t. XIII, nº 7, 1932, p. 158.

A côté de deux cas typiques de maladie de Nicolas-Favre, l'auteur décrit un troisième cas concernant une prostituée, chez laquelle, à la suite d'un lymphogranulome inguinal, avec réaction de Frei positive, un ulcère chronique s'est développé avec œdème des lèvres et aspect typique d'esthiomène. L'auteur explique donc la pathogénie des ulcères chroniques (surtout chez les femmes malpropres ou prostituées) par des inféctions antérieures de lymphogranulome inguinal, qui ont cicatrisé les voies lymphatiques et ont causé ainsi la défaillance contre les infections — banales ou mixtes — ultérieures. Cette explication n'est pas valable — bien entendu — pour les cas montrant la réaction de Frei positive, laquelle reste positive longtemps après la guérison de l'affection spécifique.

Karel Gawalowski (Prague).

Lupus érythémateux de la conjonctive des paupières, par J. Jirman. *Ceska Dermatologie*, t. XIII, nº 8, 1932, p. 171.

Lupus érythémateux chez une malade âgée de 29 ans, ayant envahi la conjonctive des paupières inférieures. Les plaques d'abord hyperémiques deviennent bientôt œdémateuses, blanchâtres, bien limitées. Dans le stade chronique, la conjonctive hypertrophiée commence à se cicatriser, d'où les atrophies rappelant celles du trachome. La biopsie a révélé l'infiltration du corps papillaire par des lymphocytes et quelques mastzellen. L'infiltration se propage autour de vaisseaux jusqu'aux glandes de Kraus, et produit des adhésions de la conjonctive et du tarse. L'auteur admet l'étiologie tuberculeuse, parce que chez la malade non atteinte cependant de tuberculose pulmonaire, la réaction de Mantoux était positive et que l'effet curatif du vaccin spécifique « A-O » fut évident.

Karel Gawlowski (Prague).

La valeur diagnostique de la gonoréaction, par Karel Prochapka *Ceska Dermatologie*, t. XIII, nº 9, janvier 1933, p. 197.

Tirant sa documentation des 5.639 réactions, dont 1.711 chez des malades sans blennorragie (témoins), l'auteur donne des directives pour l'appréciation des résultats de la gono-réaction. Une réaction négative au cours d'une blennorragie locale non compliquée ou même compliquée ne démontre que l'insuffisance de la production des anticorps spécifiques. La réaction peut rester positive même après la guérison : on ne peut s'en servir que pour différencier la blennorragie chronique et l'arthrite post-gonorrhéique. Parmi les réactions de contrôle, il n'y a eu que 2 1/2 o/o de réactions non spécifiques. Dans les arthrites, ostéoarthrites, sciatiques, vulvo-vaginites, prostatites et épididymites d'une étiologie incertaine, la réaction peut préciser le diagnostic. Mais c'est surtout dans le domaine gynécologique que la réaction peut aider à

diagnostiquer la blennorragie. Leur pathogénie, une fois révélée, les fluors sans gonocoques, les paramétrites et oophorites, peuvent être soumis au traitement approprié.

KAREL GAWALOWSKI (Prague).

Sur le diagnostic de la syphilis congénitale latente, par Olga VALENTOVA et Ian OBRTEL. *Ceska Dermatologie*, t. XIII, nº 10, janvier 1933, pp. 221-232.

Dans son travail antérieur, V. s'est persuadée que la réaction à la luétine (« Luotest » de Müller-Brandt) est spécifique chez les hérédo-syphilitiques. Étant donné que le diagnostic d'une syphilis congénitale latente est très difficile, on a employé encore la nouvelle réaction de Meinicke (M. K. R. II) à côté des autres réactions sérologiques.

Cette fois, on a examiné 231 enfants, dont 40 montraient des symptômes cliniques ou sérologiques et servaient comme témoins de la sensibilité des réactions employées. Chez les autres 151 enfants, il s'agissait ou d'une hérédo-syphilis supposée — (syphilis des parents et des frères) —, ou d'une hérédo-syphilis contestée, traitée et considérée comme guérie.

Le « Luotest » a décelé la syphilis latente chez 15 enfants (2 réactions fortement positives, 13 moins fortement positives. Au surplus, la réaction était positive chez 2 enfants considérés comme guéris. Comme on a examiné quelques enfants, une seconde fois au « Luotest » après un an et demi, on a pu suivre l'influence du traitement pendant ce laps de temps. Chez la plupart des enfants, la seconde réaction s'est montrée affaiblie, parfois elle restait non influencée par le traitement, dans 2 cas elle est devenue plus forte. La seconde réaction chez les non traités changeait quelquefois même par le seul effet temps. Il faut remarquer que la réaction, même deux fois négative, ne peut être considérée comme une preuve certaine d'absence de syphilis congénitale.

Voici les résultats de la réaction au « Luotest », par catégories différentes :

I. Dans 13 cas avec symptômes cliniques et sérologiques : 100 o/o de réactions positives chez les non traités, 60 o/o chez les traités.

II. Dans 22 cas sérologiquement positifs sans symptômes cliniques : 40 o/o de réactions positives chez les enfants n'ayant que des manifestations sérologiques, 53 o/o de réactions positives chez les enfants, dont les symptômes cliniques ont disparu par le traitement.

III. Dans 191 cas séro-négatifs sans symptômes cliniques, 0,9 o/o chez les enfants traités auparavant.

La réaction M. K. R. II a décelé la syphilis chez 2 enfants sans signes ni stigmates et avec toutes les autres séro-réactions négatives. Chez un d'entre eux, le « Luotest » était positif. D'après les résultats, chez l'ensemble des 231 enfants on peut classer les séro-réactions, quant à leur sensibilité, comme suit : 1° M. K. R. II ; 2° M. K. R. I ; 3° B.-W. R. en utilisant l'antigène de Kolmer, à la condition que la fixation du complément soit effectuée pendant 14 heures dans la glacière à 8° C. ;

4° M. T. R. ; 5° Kahn ; 6° Bordet-Wassermann, en utilisant l'antigène de Bordet-Ruelens (fixation du complément 45 minutes à 37° C.).

La réaction au « Luotest » et la nouvelle réaction de Meinicke (M. K. R. II) peuvent très bien aider à diagnostiquer l'hérédo-syphilis latente. KAREL GAWALOWSKI (Prague).

Chorée grave, produite par l'intoxication des centres nerveux par le néo-salvarsan, par Viktor OKTABC. *Ceska Dermatologie*, t. XIII, n° 10, janvier 1933, pp. 232-236.

Chez une fillette âgée de 14 ans, on a constaté une hérédo-syphilis, affectant surtout le genou gauche et le tibia gauche (périostite). Traitement par le quinby et le néosalvarsan. La dose totale de néosalvarsan a été de 1 gr. 15, mais ce n'a été que la dernière dose de 0 gr. 15 qui a provoqué de graves manifestations d'intoxication. Celle-ci se manifesta d'abord par de la fièvre à 40° C., puis par une dermatite diffuse exfoliatrice et le 5e jour après, par une irritation toxique des centres nerveux. Cette irritation se déclara sous la forme d'une chorée grave, qui dura presque une semaine. Les mouvements choréiques-athétoïdes se changèrent enfin en une « folie musculaire » aggravée par l'agitation psychique. La maladie se compliqua encore d'une quantité énorme d'abcès sous-cutanés. Malgré la gravité de cet état, le cas se termina par la guérison complète.

KARL GAWALOWSKY (Prague).

LIVRES NOUVEAUX

L'état actuel de l'arsénobenzothérapie dans le traitement de la syphilis, par P. Meyssan. *Thèse Bordeaux*, 1933.

Ce travail, fait à la clinique du Prof. Petges, constitue une excellente revue générale critique de l'arsénothérapie. M. montre l'évolution de ce mode thérapeutique et sa valeur surtout prophylactique, effaçant vite les accidents spécifiques, ce qui a une portée sociale considérable. Mais il faut soutenir son action par des cures de sels de bismuth et de mercure. Il ne saurait plus être question d'un traitement exclusif par les arsénobenzènes, à moins d'en administrer des doses très élevées et au total considérables.

A la haute valeur thérapeutique des arsénobenzènes, répond une toxicité éventuelle, et la possibilité d'accidents soit immédiats, passagers, généralement bénins, soit tardifs, toujours sérieux. Cette crainte d'accidents a mené certains praticiens et même des syphiligraphes à presque abandonner la voie intraveineuse. Les accidents nerveux : paralysies générales précoces, myélites, paraplégies, encéphalopathies, sont plus fréquemment signalés qu'autrefois ; leur fréquence paraît liée à l'application de traitements incomplets ou à doses insuffisantes ou trop espacées. Néanmoins, leur nombre est minime en regard du nombre considérable de malades traités par les arsénobenzènes. La recherche des contre-indications, la connaissance approfondie du mode d'administration des médicaments en diminuent le nombre. L'arsénorésistance de plus en plus fréquente tiendrait soit à une résistance acquise du tréponème, soit à une modification dans la composition du produit. Ces défaillances de la médication arsenicable ont amené à préconiser les préparations bismuthiques dans le traitement de la syphilis et les sels de bismuth lipo-solubles gagnent le terrain que les arsénobenzènes perdent. Ils peuvent prétendre à stériliser aussi vite que les arsénobenzènes un terrain syphilitique.

H. Rabeau.

Etudes sur l'ulcus rodens et sa structure cellulaire (Studien über das Ulcus rodens einschliesslich seiner Zellstructuren), par C. Thesleff. *Arbeitten aus dem Pathologischen Institut der Universität Hellingfors*, t. VII, 1933, p. 51 (110 pages avec 45 figures).

D'après 48 observations personnelles, monographie étendue pourvue d'un bon historique, d'une bibliographie, etc., et dont nous devons nous borner à reproduire les conclusions.

L'*ulcus rodens* (de Jacob) est généralement un carcinome baso-cellulaire, histologiquement. Cliniquement, il se place entre le carcinome métatypique et le spino-cellulaire. Il n'a pas de structure histologique spécifique. Dans les pièces examinées, il s'agissait habituellement de

formes mixtes ou de variétés de passage ; le plus souvent, il s'agit de carcinome baso-cellulaire solide, du moins dans plus de la moitié des cas. Dans le carcinome baso-cellulaire, on ne trouve pas les gros globes cornés du spino-cellulaire, mais seulement de petites vacuoles cornées, — et en certains cas, des perles d'hyaline. L'ordonnance concentrique des cellules est fréquente. Les zones de désintégration, fréquentes, se rencontrent en plein parenchyme, par suite de la difficulté de la nutrition et elles peuvent s'associer à des hémorragies. Dans 7 cas, il s'agissait de formes ressortissant à la variété métatypique mixte de Darier (inclusion dans le parenchyme baso-cellulaire de grosses cellules claires à filaments apparents). Souvent, les noyaux sont volumineux autant et plus que dans les cellules basales, tandis que les nucléoles sont habituellement plus petites.

Le stroma est lâche et vascularisé. Souvent, on aperçoit d'épaisses fibres conjonctives ; les fibres élastiques sont rares, mais peuvent se retrouver dans les bandes conjonctives intraparenchymateuses. Collastine chez les vieillards. Rare est l'hyalinisation du tissu conjonctif. Dans un cas, on avait affaire à une structure du parenchyme cylindromateuse avec formations hyalines. Souvent, matière mucoïde dans les lacunes conjonctives. La substance mucoïde qu'on rencontre dans les variétés adénoïdes de *l'ulcus rodens* est, au moins pour une large part, d'origine mésenchymale. En cas d'inflammation, l'infection secondaire joue un rôle capital dans l'apparition de granulocytes spéciaux dans le stroma de la tumeur. Les cellules plasmatiques, les lymphocytes, les mastzellen sont en relation avec l'irritation du néoplasme ; les mastzellen manquent souvent, mais non toujours ; les éosinophiles sont rares.

Après emploi des colorations d'Heidenhain, la structure cellulaire du néoplasme ne diffère pas sensiblement des cellules habituelles de la basale. Cependant, la situation du microcentre (toujours formé de deux centrioles) est parfois différente dans le carcinome et dans la normale. La filamentation des éléments spino-cellulaires ne diffère pas de celle des cellules normales. Cependant, dans certains cas de tumeurs, le microcentre est plus gros, et le réticulum plus accusé (dans une peau « succulente », on peut rencontrer des microcentres offrant jusqu'à 5 à 7 centrioles). Les imprégnations argentiques montrent dans les formes spino et baso-cellulaires des filaments de grains d'autant plus nombreux qu'on se rapproche du pôle cellulaire. Beaucoup de cellules offrent une structure interne réticulée qu'on ne retrouve pas dans l'épithélium sain. Les chondriosomes des cellules du baso-cellulaire sont semblables à ceux des cellules basales normales ; en cas de spino-cellulaires, ils ressemblent à ceux des cellules malpighiennes.

Ch. Audry.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD



TRAVAUX ORIGINAUX

LA MALADIE DE BOWEN DES MUQUEUSES ENVISAGÉE COMME CANCER D'EMBLÉE

Par MM. Lucien HUDELO et CAILLIAU.

L'article de MM. Nicolas, Massia et Rousset (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, novembre 1930) et l'ouvrage si documenté de Rousset (*Les dyskératinisations épithéliomateuses*, Masson, 1931) remettent à l'ordre du jour la maladie de Bowen des muqueuses.

C'est en avril 1922 que nous avons présenté devant la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie le premier cas français. Nous avons pu la même année étudier deux autres cas à l'Hôpital Léopold Bellan. Ces trois observations ont servi dans la suite de sujet de thèse à Richon qui, sous notre direction et aidé de nos conseils, a repris nos travaux.

Nous avions considéré cette affection dans notre première description comme une lésion précancéreuse. Depuis cette époque notre conception du Bowen avait varié, et déjà, au Congrès de Bruxelles 1926, au sujet d'une communication de Barbier (de Marseille), nous faisions envisager la notion de sa nature cancéreuse d'emblée.

Depuis, nous avons défendu cette interprétation à maintes reprises, tant à l'Association française pour l'Etude du Cancer qu'à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

De récentes observations nous ont décidés à reprendre la question en étayant notre conception sur des arguments nouveaux et plus précis.

Nos recherches ont donc au total porté sur cinq observations. Dans le cas qui répond à notre description première, les lésions initiales étaient exclusivement vulvaires ; elles prédominaient à la vulve et avaient atteint le col utérin dans le deuxième cas que nous avons fait figurer dans la thèse de Richon ; le troisième cas, égale-

ment utilisé par le même auteur, ne comportait que des lésions envahissantes du col utérin. Nous devons notre quatrième observation, où les lésions occupent la muqueuse nasale, à l'obligeance de notre collègue et ami le Docteur Gerbay (d'Aix-les-Bains), qui a bien voulu nous en demander l'examen histologique. Enfin un cinquième cas qui nous a été envoyé par le Docteur Derocque (de Rouen) répondait à une localisation amygdalienne.

Observation princeps. — Étude clinique et histologique.

Il s'agit d'une femme de 55 ans qui, le 15 mars 1922, nous a consultés à l'Hôpital Saint-Louis pour des lésions siégeant sur les grandes lèvres depuis 1907.

Prurigineuses et cuisantes, ces lésions localisées sur la muqueuse de la grande lèvre droite formaient un placard qui, lentement extensif, fut biopsié et traité en 1916 à l'Hôpital Saint-Joseph par un curettage, à la suite duquel la malade resta guérie deux ans.

En 1918, un nouveau placard réapparaît *in situ* et gagne toute la face muqueuse de la grande lèvre droite.

En février 1922, des lésions analogues apparaissent sur la face muqueuse de la moitié inférieure de la grande lèvre gauche.

A l'examen, le placard droit de teinte rougeâtre, à contours bien limités, un peu cycliques, est à peine saillant ; il est lisse, sec, sauf vers l'entrée du vagin où l'on note un peu d'exulcération avec suintement séreux.

Aucune infiltration à la palpation. La lésion gagne le capuchon clitoridien où elle déborde légèrement sur le tégument cutané.

A gauche, on constate l'atrophie sénile de la moitié supérieure de la grande lèvre, tandis que la moitié inférieure est envahie par un placard rouge, ovalaire, lisse et non infiltré.

Ces lésions se continuent insensiblement avec la muqueuse saine en arrière. Le col et le corps utérins sont normaux, il n'existe pas d'adénopathie. Le tégument du reste du corps est intact.

La malade, mère de cinq enfants, bien réglée jusqu'à 44 ans, n'offre rien d'anormal dans ses antécédents, aucun stigmate de spécificité.

L'examen histologique du tissu biopsié et des fragments de curettage montre un épiderme papillomateux pourvu de longues digitations, ou épaissi avec papilles dermiques écrasées.

La transition est brusque entre ces lésions et l'épiderme sain. La muqueuse est cutisée, hyperkératosique ou parakératosique.

On note la présence de cellules où la vacuolisation simule un double contour, de corps ronds nucléés rares, de grains anucléés et la persistance partielle de l'appareil exoplastique.

On distingue surtout des *cellules atypiques*, à gros noyaux énormes, bourgeonnants, et des *éléments volumineux* où la cytolyse protoplas-

mique est partielle et périnucléaire, ou totale avec noyau inclus dans une vaste vacuole.

Des cellules 3 et 4 fois plus volumineuses qu'un élément malpighien normal sont souvent multinucléées. Pycnose, cytolyse et caryolyse sont fréquentes.

La cellule à manteau se rencontre, mais exceptionnellement.

Aucune cellule n'a émigré en dehors de la couche matricielle. Dans le derme sont des infiltrats riches en polynucléaires et en plasmazellen.

Les vaisseaux sont nombreux et ectasiés. Les glandes sont normales.

Sur la lèvre gauche les lésions sont identiques.

Observation II. — Étude clinique et histologique.

Femme de 66 ans, entrée à l'Hôpital Léopold Bellan pour douleurs de ventre, mictions douloureuses, prurit vulvaire.

La vulve montre des lésions de kraurosis et sur la lèvre droite un placard rougeâtre, lisse, brillant, légèrement suintant sans exulcération, à contours bien limités.

Le palper révèle une induration de la lésion.

Même placard sur la petite lèvre gauche.

Le vagin est souple, il n'y a pas d'hyperkératose apparente. Le col utérin est normal. On note une adénopathie légère de la fosse iliaque droite.

Mère de 7 enfants, la malade a atteint la ménopause à 40 ans, et n'offre aucun antécédent à signaler, ni aucune spécificité.

Radiumthérapie.

L'étude histologique de la bordure et du centre du placard nous a montré les lésions qui suivent :

En bordure, l'épiderme est papillomateux, cutisé, recouvert le plus souvent d'une couche de kératine ou parakératosique.

Les cellules du corps muqueux ont conservé leur appareil filamenteux.

On observe des cellules dyskératosiques ; tantôt ce sont des cellules chargées de kérato-hyaline ; tantôt leur cytoplasme est vacuolé.

Dyskératose discrète, si l'on met à part les *volumineux éléments prédominants*, grosses cellules à protoplasme souvent vacuolisé, à gros noyaux bourgeonnants, mûriformes, souvent multilobés, souvent en mitose. D'autres noyaux sont pycnotiques ou en caryorhexis ; d'autres sont lysés en partie.

Dans le derme s'étale un infiltrat de cellules inflammatoires (polynucléaires et plasmazellen).

Au centre du tissu dégénéré on rencontre les lésions suivantes :

Dans un stroma lâche sont répartis des éléments cellulaires disposés en lobules et comportant deux types de cellules : les unes sont petites, foncées, peu différenciées, à noyau clair, volumineuses, pourvues d'appareil ligamenteux. — Les autres, très nombreuses, n'ont aucun caractère

qui les rapproche des cellules dyskératosiques et s'écartent franchement du type malpighien. On distingue les types suivants : *cellules œdémateuses* atteintes d'altération cavitaire avec noyaux multiples, hypertrophiés ou pycnotiques ; *cellules dont l'endoplasme est vacuolisé,* la lyse partielle ménageant un croissant clair autour de noyaux difformes ou multiples parfois caryolysés, l'exoplasme est souvent intact ; *cellules atteignant 4 à 5 fois la taille des voisines,* hydropiques, monstrueuses, pourvues de noyaux gigantesques, bosselés, mûriformes avec pycnose ou caryorhexis ; *cellules incluses* dans les éléments volumineux dont elles repoussent le noyau excentriquement, répondant aux cellules à manteau.

Notons les mitoses irrégulières abortives, asymétriques et la présence de globes cornés kératinisés.

Observation III. — Étude clinique et histologique.

Femme de 43 ans qui vint nous consulter à l'Hôpital Léopold Bellan en octobre 1923 pour douleurs abdominales, pertes hémorragiques vaginales, état général alarmant.

Objectivement, on constate du kraurosis de la vulve et une lésion intéressant à la fois le col, le corps utérin et les deux culs-de-sac vaginaux.

Au col, on voit une ulcération à bords éversés, à fond bourgeonnant saillant, rouge vif, mou au palper. Tout le tissu cervical utérin est infiltré et dur jusqu'aux deux culs-de-sac, à la palpation profonde.

Le corps utérin est déformé, dur, rigide, augmenté de volume.

Les culs-de-sac vaginaux droit et gauche sont indurés, le toucher montre un utérus immobilisé et fixé.

Pas d'adénopathie perceptible.

La malade atteint la ménopause, elle est asthénique et très amaigrie.

Elle n'offre aucun antécédent intéressant à signaler.

L'étude histologique a été faite par de nombreuses biopsies :

Les cellules dyskératosiques sont exceptionnelles, les cellules monstrueuses sont, au contraire, des plus fréquentes. Le néoplasme en est farci ; là où elles sont moins abondantes, il rappelle les épithéliomes pavimenteux atypiques des muqueuses.

Brusquement l'épiderme normal est interrompu et remplacé par un tissu anormal, plus chromatique, composé de cellules inégales, non ordonnées et atypiques.

Pas d'hyperkératose apparente ; l'épiderme est le plus souvent à nu, tapissé d'une couche fibrineuse envahie par les polynucléaires.

Dans notre étude histologique qui figure dans la thèse de Richon, nous avions mentionné de nombreuses cellules dyskératosiques ; nous dirons aujourd'hui qu'elles sont exceptionnelles, parce que l'aspect objectif que nous considérions alors comme l'un des types de la dyskératose doit maintenant, à notre sens, s'appliquer aux cellules monstrueuses que nous allons étudier.

La vraie cellule dyskératosique est un élément qui, se chargeant tout d'abord de kérato-hyaline, s'hypertrophie, s'entoure d'une membrane réfringente ; elle passe ensuite au stade de cellule à protoplasme acidophile clair, avec petit noyau foncé, pour aboutir enfin à l'élimination du noyau et au stade de corps rond anucléé.

En dehors de ces corps ronds (cellules dyskératosiques), il y a quelques cellules à double contour dans nos préparations, mais les unes et les autres paraissent bien moins abondantes que dans certains épithéliomas spino-cellulaires du col utérin.

Bien autrement importantes nous apparaissent les grandes cellules atypiques de Bowen : celles-ci abondent sur les préparations de la troisième observation.

C'est d'abord la *cellule dite parasitée, cellule palléale, cellule à manteau,* où la pénétration d'une cellule par une autre déprime le noyau de la première. Si de tels éléments n'ont qu'une malignité discutable, il en est autrement des autres variétés de grandes cellules. Celles-ci se répartissent : *a*) en *éléments volumineux* à noyaux monstrueux, mûriformes ou polylobés, inclus dans une vacuole protoplasmique, ou même dans un cytoplasme totalement liquéfié ; *b*) en *éléments gigantesques,* atteignant 4 et 6 fois les dimensions d'une cellule normale ; *c*) en *plasmodes multinucléés,* formés d'une masse protoplasmique hyaline semée de nombreux noyaux, offrant des figures d'inclusion cellulaire (noyaux phagocytés, poussières nucléaires, figures pseudo-parasitaires).

Dans toutes ces variétés cellulaires, l'irrégularité des noyaux surtout est remarquable; la plupart sont énormes, monstrueux, bourgeonnants, doubles ou multiples, en pycnose, en caryorhexis.

Les mitoses sont remarquablement abondantes ; elles sont parfois symétriques, mais souvent elles se caractérisent par leur asymétrie et leur multipolarité.

Souvent ces cellules conservent un exoplasme moins net que dans les cellules normales, mais persistant néanmoins.

Notons encore que parfois les cellules malpighiennes cancérisées s'assemblent pour la kératinisation et édifient des globes cornés complets ou imparfaits.

Le stade de cancérisation tissulaire s'affirme par l'émigration de petits groupes cellulaires dans le derme papillaire.

Celui-ci est très vascularisé et infiltré de polynucléaires et surtout de plasmazellen.

Observation IV. — Cliniquement, il s'agit d'une femme offrant une lésion néoplasique de la muqueuse nasale, atteignant à peu près la limite du tégument épidermisé de l'orifice externe de la narine. La petite tumeur atteint le volume d'un pois, présente une teinte rouge, un aspect lisse ; elle saigne facilement, est légèrement suintante, et n'est pas douloureuse.

L'état général est bon, les ganglions sont indemnes, et le chirurgien pratique l'ablation du nodule qu'il nous envoie pour examen.

Examen histologique. — A un petit grossissement, l'épiderme est contourné et plissé. Le point de départ de la tumeur semble à foyers initiaux multiples. On observe un papillome dont les bourgeons sont irrégulièrement contournés dans le chorion.

A gauche du papillome, on distingue un début de bourgeonnement cancéreux au niveau d'un repli descendant dans le chorion ; on note certaines cellules plus volumineuses, hyperchromatiques, à gros noyaux multilobés, ou anguleuses ; de grosses cellules atypiques sont incluses dans les vacuoles.

A droite du papillome, on voit celui-ci incliner son revêtement malpighien dans le fond d'un sillon, puis remonter ce sillon, et au tiers inférieur de cette ascension, on remarque une transformation brutale, sans transition, sans solution de continuité du tissu papillomateux en tissu cancéreux ; les cellules sont doublées, triplées de volume, leurs noyaux et cytoplasmes accusent la malignité.

Abrasé dans sa partie superficielle, le néoplasme conserve la tendance à s'orienter en papilles et dessine des crêtes très irrégulières, de directions variées.

La constitution de ces bourgeons cellulaires est des plus complexes. Bien que détachés de leur couche matricielle, ils restent souvent limités par une vitrée.

Le derme est œdémateux, irrigué par de gros vaisseaux ectasiés et infiltrés de cellules inflammatoires.

La lésion siège à l'orifice de la narine, dans cette zone où l'épithélium est pavimenteux-malpighien et en partie corné, où il y a des poils et des glandes cutanées ordinaires (zone du vestibule des fosses nasales, précédant la zone dite respiratoire).

Au fort grossissement, l'aspect défie toute description.

Dans le papillome, on distingue des cellules dépourvues de filaments de Ranvier et Herxheimer, à contours arrondis, juxtaposées. Le tissu est envahi par un œdème notable intercellulaire ou même intracellulaire.

On observe des cellules dyskératosiques peu nombreuses, des corps ronds nucléés surtout, et quelques cellules pigmentaires.

Dans la zone cancérisée, les cellules sont de volume plus considérable (globes cornés peu évolués).

Le polymorphisme des cellules malignes est très accusé. Il y a lyse totale de l'appareil filamenteux.

Les cellules sont toutes de formes et de dimensions différentes. Les unes, petites, rondes ou ovales, possèdent un seul noyau très chromatique et presque toujours mûriforme. D'autres, volumineuses et uninucléées, ont les formes les plus variées : rondes, ovales, semi-lunaires, falciformes; le noyau est toujours énorme, hyperchromatique, rond ou

réniforme ou lobulé, ou étiré entre deux massues ; tantôt il offre l'aspect bourgeonnant.

Certaines cellules ont un protoplasme lysé et un noyau pycnotique lobulé ; le tissu est le siège d'un œdème envahi par des polynucléaires. D'autres cellules que l'on peut appeler monstrueuses, tant leur volume est grand et leur forme bizarre, offrent un protoplasme souvent exubérant, chargé souvent de débris nucléaires ou de corpuscules phagocytés. Leur noyau est simple ou multiple ; tantôt rond ou ovale, tantôt étiré en haltère, tantôt incurvé en croissant, tantôt encoché d'une fissure le plus souvent hyperchromatique dans toute son étendue, ou clair avec un seul caryosome foncé; tantôt les noyaux sont d'apparences variées, dues au caryorhexis ; tantôt les noyaux sont multiples et distincts, mélangés de corpuscules chromatiniens aberrants ; souvent de tels corpuscules sont intracellulaires. Les nucléoles sont le plus souvent hypertrophiques.

Insistons sur la fréquence des figures de pycnose, de caryorhexis, de maturation évolutive, et sur la présence de corpuscules chromatiniens libérés.

Il y a de nombreuses cellules à manteau, où l'on voit une cellule plus petite incluse dans une cellule souvent vacuolisée, dont le noyau est déprimé en croissant, refoulé à la périphérie. Tantôt c'est une cellule cancéreuse qui pénètre dans une autre cellule cancéreuse ; tantôt c'est un corpuscule chromatique, ou un corpuscule réfringent, ou une cellule en mitose, que l'on trouve inclus dans la cellule à manteau. Les divisions directes sont rares ; nous avons surtout rencontré des mitoses, irrégulières, hyperchromatiques ou hypochromatiques, des mitoses qui se déplacent suivant 3, 4, 6 pôles et plus. Les centrosomes paraissent altérés.

Les mitoses asymétriques sont nombreuses. On remarque des mitoses avec chromosomes dispersés, des mitoses aboutissant à des cellules géantes ; les mitoses à chromosome dispersé sont des plus fréquentes. Notons les mitoses abortives avec diminution des chromosomes.

Le pigment mélanique est moyennement abondant.

Le derme est œdémateux, envahi d'infiltrats riches en polynucléaires ; il abonde en ectasies et néoformations vasculaires, et en pigment.

Observation V. — Chez un homme de 47 ans, se plaignant d'une lésion de l'amygdale végétante et douloureuse, offrant le volume d'une amande, une biopsie fut pratiquée par M. Derocque (de Rouen).

L'examen histologique montra une hyperplasie notable du revêtement malpighien de l'amygdale. Dans le tissu épithélial, on distinguait de volumineuses cellules uni ou multinucléées, n'offrant aucun caractère dyskératosique, isolées et atypiques au sein d'un tissu typique épaissi. Ces cellules sont 3 à 4 fois plus volumineuses que des cellules normales ; tantôt leur appareil filamenteux et détruit, la cellules paraît libre et incluse dans une vacuole. Tantôt l'exoplasme persiste. Le cytoplasme est

souvent lysé et le noyau reste seul dans la vacuole. Lorsque le cytoplasme est conservé, il renferme fréquemment des corpuscules teintés, d'apparence chromatinienne ; on note quelques cellules à manteau.

Les noyaux cellulaires sont le plus souvent volumineux, lobés, bourgeonnants, tendant au caryorhexis.

Les mitoses sont nombreuses, souvent asymétriques, irrégulières. Certains noyaux ont subi la lyse. Les cellules dyskératosiques manquent. On n'observe aucune confluence des cellules malignes et l'absence de tout essaimage profond indique le stade de cancérisation cellulaire de cette néoplasie peu évoluée.

Interprétation

Voici donc une affection qui se caractérise par l'apparition dans le tégument de volumineuses cellules, ne rappelant aucun des types connus dans l'organisme normal.

De nombreuses questions se posent à l'esprit devant ce processus. Nous n'en retiendrons que les suivantes :

1° Est-il possible de rattacher la genèse de telles lésions à la dyskératose comme on l'a dit, comme de nombreux auteurs le défendent encore?

2° Ne s'agit-il pas, de préférence, d'un cancer d'emblée sans lien avec la dyskératose?

3° Faut-il voir plus que des analogies entre la maladie de Bowen et la maladie de Paget, et ces deux processus sont-ils identifiables?

4° Quels sont les rapports du Bowen avec les érythroplasies?

I. — *Y a-t-il une relation de causalité entre les cellules dyskératosiques et la cellule de Bowen ?.*

Si, dans les cas que nous avons observés, nous avons rencontré des cellules dyskératosiques, il faut bien reconnaître qu'avec la conception que nous en avons aujourd'hui, elles sont souvent rares et disséminées, et qu'elles manquent totalement dans certains de nos néoplasmes. Elles ne sont généralement pas plus abondantes que dans la plupart des spino-cellulaires, et dans les épithéliomas pavimenteux des muqueuses.

Nous avons recherché le passage possible de l'état dyskératosique à l'état cancéreux, nous ne l'avons pas rencontré.

Il y a bien des formes de passage entre la cellule malpighienne normale et la cellule dyskératosique ; tantôt la cellule malpighienne garde une partie de son appareil filamenteux, et ne se charge pas de kérato-hyaline, elle conserve alors une partie de sa différenciation malpighienne attestée parfois par un filament de Herxheimer qui persiste ; ou bien la cellule privée d'exoplasme s'entoure d'une membrane à double contour, sans surcharge de kérato-hyaline, sans modification du noyau qui garde son volume, sa conformation ; ou bien l'élément perd ses filaments, augmente de volume, se charge de granulations, et son noyau est modifié. Il y a donc un fait de passage, une liaison, un chaînon entre la cellule malpighienne normale et la cellule dyskératosique.

Le noyau se contracte ensuite, les granulations disparaissent, et le stade du corps rond nucléé, suivi du grain anucléé sont des phases consécutives. Nous suivons admirablement jusque-là l'évolution progressive des lésions de la dyskératose. Mais, lorsque nous essayons de rattacher à l'un de ces types cellulaires, qui sont si nets dans la maladie de Darier (Dyskératose folliculaire végétante), la grosse cellule du Bowen, nous ne trouvons plus le chaînon qui puisse nous permettre de rattacher la cellule dyskératosique à la cellule monstrueuse caractéristique du Bowen, et nous sommes amenés à dire que cette dernière a perdu toute sa différenciation, qu'elle est atypique, qu'elle répond par ses caractères morphologiques à la cellule maligne, et que rien ne permet de soupçonner une transformation évolutive, qui devrait se traduire à l'œil lorsqu'on suit une à une les modifications cellulaires.

Cette évolution nous l'avons toujours recherchée, nous ne l'avons pas rencontrée.

Il semble donc bien que la cellule dyskératosique et la grosse cellule du Bowen sont deux éléments distincts, qui peuvent vivre côte à côte, dans le tégument, l'une dyskératosique, l'autre nettement néoplasique, indifférentes l'une à l'autre sauf dans le cas où la cellule dyskératosique éveille le pouvoir phagocytaire de la cellule maligne. Et il semble bien, comme le dit Pautrier, qu'elle n'est pas l'agent provocateur initial du processus, mais qu'elle en représente un des effets, et traduit la souffrance du tégument ; que, lésion accessoire, contingente, surajoutée, elle est bien loin d'offrir l'importance du gigantesque élément qui attire de suite notre attention sur les préparations de maladie de Bowen.

La dyskératose n'a dans cette affection que l'importance très relative qu'elle accuse dans les cancers vulvaires épidermoïdes et dans les néoplasmes du col utérin, où on la rencontre communément.

Pautrier signale d'ailleurs la présence de cellules dyskératosiques au cours des processus les plus variés, la tuberculose verruqueuse, les blastomycoses, et les figures qu'il apporte à cet effet, sont des plus éloquentes. Massia et Rousset signalent d'autre part la présence de cellules dyskératosiques dans la peau normale et les galactophores du mamelon. D'ailleurs la dyskératose folliculaire végétante, la maladie de Darier, type parfait des dyskératoses, n'évolue jamais, que nous sachions, en cancer.

Pour toutes ces raisons, nous nous croyons autorisés à penser que la dyskératose ne peut être incriminée comme facteur cancérigène dans le processus ici étudié.

II. — *La maladie de Bowen répond-elle à un cancer d'emblée?*

Puisque nous ne trouvons pas dans les phases évolutives de la cellule dyskératosique le fait de passage qui puisse nous prouver que la grosse cellule de Bowen est à classer parmi les cellules dites dyskératosiques, nous sommes autorisés à nous demander si cet élément n'est pas déjà une cellule maligne, conclusion, que déjà nous avions énoncée au Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Bruxelles en 1926, où nous avions émis l'hypothèse d'une cancérisation d'emblée, non consécutive à un état précancéreux, dyskératosique ou autre.

Avant toute argumentation histologique, nous ferons état d'un argument clinique applicable à notre premier cas : notre examen initial a porté sur une récidive, et ce fait n'implique-t-il pas déjà une lésion maligne, malignité locale sans doute, non envahissante que nous appellerons cancérisation cellulaire. Nous rappellerons encore que, dans un cas de maladie de Bowen pure, au stade dit précancéreux, Massia et Rousset ont observé une invasion métastatique ganglionnaire.

Et de fait les caractères morphologiques et chromatiques des grosses cellules observées, l'irrégularité de leur forme, le nombre et l'aspect de leurs noyaux et des nucléoles plaident en faveur de leur nature maligne.

La fréquence des mitoses, leur irrégularité, leur évolution hâtive et souvent abortive, l'état pycnotique ou caryorhexique du noyau ne sont-ils pas l'image de la vie intense et courte de la cellule soumise à la loi de la maturation évolutive, à laquelle obéissent la plupart des cellules cancéreuses, dans les néoplasies très malignes.

Le caractère subsitutif du nodule tumoral qui prend la place du tissu qu'il envahit, le même caractère imparti à la cellule isolée, la prolifération destructive de chaque cellule en particulier, qui semble utiliser ses facultés protéolytiques, dès qu'elle rencontre une cellule malpighienne qu'elle pénètre, qu'elle embroche pour s'en envelopper à la façon d'un manteau, ne sont-ils pas des propriétés dévolues à la cellule néoplasique maligne ?

La multiplication des mitoses, leurs fuseaux désordonnés si souvent asymétriques, les mitoses abortives, les mitoses nucléolaires avec persistance de la membrane nucléaire que nous avons pu rencontrer dans ces cellules (endocytomitoses) et qui s'accompagnent d'élimination partielle de la chromatine, les facultés phagocytaires puissantes des éléments proliférants qui englobent hématies, leucocytes, corps ronds, débris tissulaires sont des arguments en faveur de la nature maligne de ces cellules.

Notons encore les anomalies des chromosomes, leur aspect embroussaillé, l'aspect chiffonné de la membrane nucléaire, qui sont autant de caractères appartenant aux cellules cancéreuses.

Et c'est d'emblée qu'elles apparaissent une à une dans le tégument, si distinctes par leur taille gigantesque, par leurs caractères chromatiques, par leurs noyaux bizarres, si différentes des autres cellules malphigiennes et des cellules dyskératosiques, et se multipliant par des mitoses si spéciales.

Et lorsque se déclare la cancérisation tissulaire, sur l'épiderme à peine épaissi, c'est brusquement et sans transition que s'opère la transformation monstrueuse, sans qu'on puisse invoquer ni le débauchage cellulaire, ni l'extension par transformation ; mais on assiste à la substitution totale, au tégument normal, d'un tissu nouveau et profondément atypique.

Cancer d'emblée, où l'atypie apparaît brusquement, où le tissu envahi peut rester longtemps à la phase de latence, où la cancérisation tissulaire une fois déclanchée est d'une remarquable malignité, telle nous apparaît la néoplasie maligne que Bowen (de Bos-

ton) a observée pour la première fois sur le tégument; tel est également, comme nous le verrons d'ailleurs le caractère fondamental, de la maladie de Paget.

Ces deux affections répondraient donc à des néoplasies malignes d'emblée, mais cette malignité nous apparaît comme très spéciale, puisque la cancérisation cellulaire isolée précède de très loin la cancérisation tissulaire envahissante.

La dyskératose est un état dystrophique, ce n'est pas l'hyperplasie prémonitoire d'une lésion maligne.

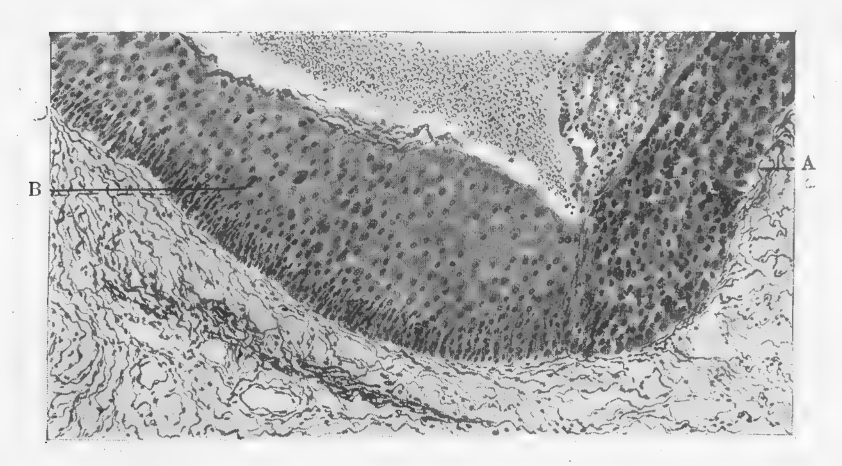


Fig. 1. — Lésion peu évoluée montrant en A l'épithélioma succédant brusquement à la muqueuse non dégénérée en B. L'épiderme à ce niveau est légèrement kératosique, dépourvu de granulations et en acanthose massive. La basale est encore intacte.

Cette affection cancéreuse d'emblée offre une évolution qui comporte 2 cycles : la cancérisation cellulaire et la cancérisation tissulaire.

Sous l'effet de troubles humoraux, vasculaires, tissulaires, encore mal déterminés, certaines cellules subissent isolément la cancérisation. L'élément devient atypique, sinon monstrueux. C'est la grosse cellule de Bowen, si facile à repérer sur les coupes qui peut rester longtemps stérile et quiescente. De telles cellules s'observent toujours à l'origine du Paget et du Bowen ; ce ne sont pas des cellules dyskératosiques.

Tôt ou tard, la cellule va déployer ses facultés prolifératrices,

elle entre en mitose, bouscule l'ordination du corps muqueux, et rompt la basale : c'est alors la cancérisation tissulaire.

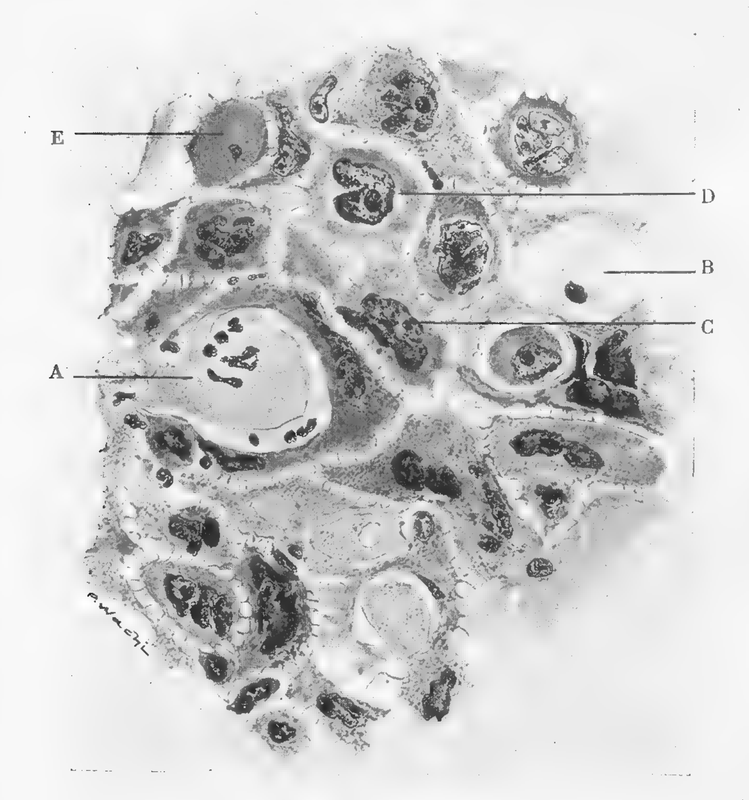


Fig. 2. — Cancérisation tissulaire avancée. Toutes les cellules figurées sont cancérisées. On remarque la persistance de l'appareil ligamenteux.

Au milieu et un peu à gauche on distingue en A une énorme cellule à manteau ; la cellule pénétrée a la forme d'un croissant et est pourvue de noyaux atypiques ; son protoplasme est refoulé par la cellule pénétrante. Celle-ci possède un noyau en caryocinèse irrégulière, et un protoplasme dégénéré. Dans l'interstice qui sépare les deux cellules sont des grains chromatophiles.

— A droite, vers le tiers supérieur du dessin on distingue en B une cellule pourvue d'un noyau minuscule et dont le protoplasme est totalement liquéfié.

— Au centre en C est une cellule foncée à noyau énorme et irrégulier. Au-dessus d'elle en D est une cellule à noyau bilobé pourvu d'un nucléole énorme.

— La plupart des cellules sont multinucléées ou pourvues de noyaux fragmentés. Certaines sont du type dit « palléal » (en A et E).

— D'autres cellules ont le cytoplasme et parfois le noyau lysés.

— On peut remarquer la présence de corpuscules chromatiques dans le noyau, et même dans les espaces intercellulaires.

— La maturation évolutive apparaît à ses différents stades : noyau à charpente réticulée, noyau uniformément teinté, noyau fragmenté ou lysé.

Mais les deux étapes ne se succèdent pas fatalement à brève échéance; la deuxième peut manquer, ou ne se déclanche que très tard, après une phase de latence très longue.

Cette longue latence est-elle suffisante pour exclure le processus du groupe des cancers? Certes non, car de récents travaux nous prouvent tous les jours que la phase de quiescence des cellules malignes est essentiellement variable. On a décrit des cancers aigus où la phase de latence manque : les cas publiés par Fridjof Bang

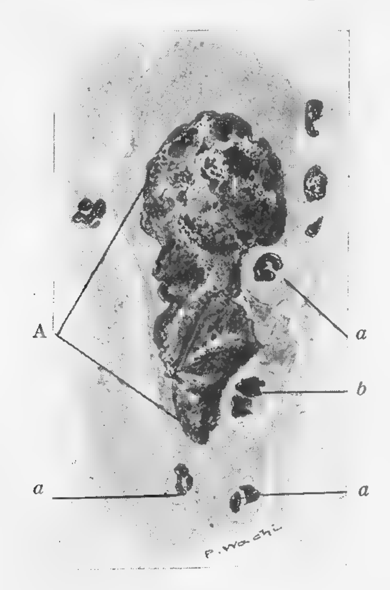


Fig. 3. — Type de cellule maligne pourvue d'un noyau monstrueux (A). Cet élément est énorme, et dépourvu de filaments exoplastiques, il a phagocyté trois cellules qui semblent répondre à des polynucléaires (*a*) et une petite cellule en division (*b*).

(de Copenhague), après brûlure par le goudron, le cas de Gunsett (de Strasbourg), le cas de Huguenin provoqué par le mazout répondent à des types à marche suraiguë. On a décrit par contre des tumeurs malignes où la phase de latence est très longue : le cancer expérimental du lapin par le goudron, dans un cas cité par Delbet, n'a été réalisé que longtemps après la cessation des badigeonnages, et les observations rapportées récemment par Mme Simone Laborde au sujet du cancer des cicatrices semblent bien du même ordre; c'est ce qu'on voit sur certaines cicatrices de lupus en particulier.

III. — *Analogies de la maladie de Bowen avec la maladie de Paget.*

MM. Nicolas, Massia et Rousset ont cherché à établir des analogies susceptibles d'apparenter les maladies de Bowen et de Paget. Ils pensent que l'une et l'autre affection sont originaires d'un cancer glandulaire et incriminent pour l'une les galactophores du sein et les glandes sébacées du mamelon, pour l'autre celles de la peau et des petites lèvres, la glande sébacée étant le seul élément



Fig. 4. — Trois cellules malignes ayant conservé leurs filaments exoplastiques. L'une des cellules, en haut du dessin, offre un noyau trilobé et dans les deux lobes inférieurs on voit une division nucléolaire avancée.

Au milieu on distingue une cellule trinucléée dont le noyau droit et le noyau inférieur gauche présentent des divisions nucléolaires.

En bas une mitose tripolaire asymétrique.

commun à la peau, aux muqueuses, au mamelon, que l'on puisse incriminer.

On peut objecter que l'évolution sébacée répond à une potentialité, à une possibilité évolutive de tout épithélioma épidermoïde.

Toutefois l'argument des auteurs lyonnais garde toute sa valeur quand il nous laisse envisager la possibilité d'apparenter, sinon d'identifier les processus qui interviennent dans la genèse des maladies de Paget et de Bowen.

La description de Darier (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, août-septembre 1914; *Bulletin de l'Association française*

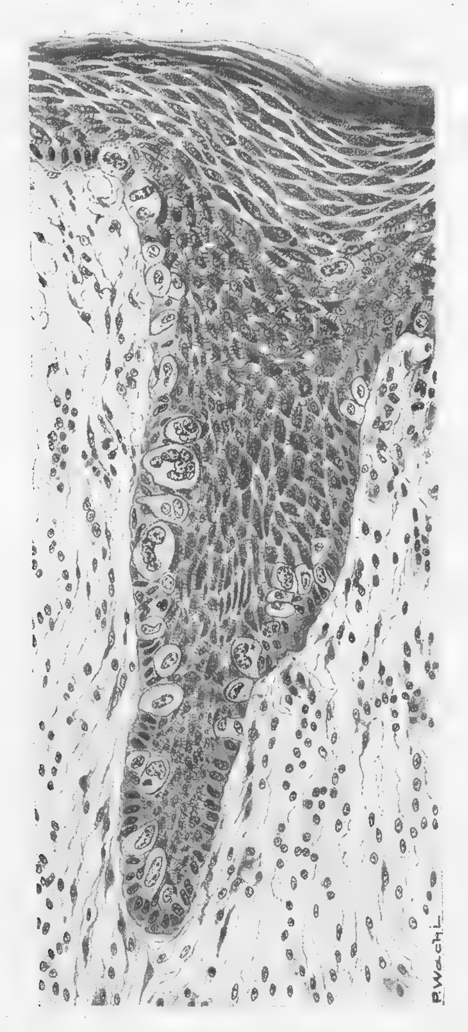


Fig. 5. — Maladie de Paget. Invasion d'un bourgeon épidermique.

Sur les bords de la crête interpapillaire on distingue les cellules de Paget claires, arrondies ou à protoplasme déformé ou vacuolé, dépourvues d'appareil ligamenteux ; les noyaux sont souvent bourgeonnants, atypiques ou multiples. Absence de cellules nettement dyskératosiques.

Les cellules malignes sont disséminées, rarement confluentes.

L'appareil ligamenteux persiste dans les cellules malpighiennes voisines non cancérisées.

du Cancer, 21 juin 1920) oppose l'aspect clinique érosif, suintant, exulcéreux du Paget, à l'hyperplasie du Bowen, et l'acantholyse de l'appareil filamenteux du Paget à son intégrité dans le Bowen. « Pourtant ajoute l'auteur, des recherches ultérieures sont nécessaires pour établir, si les cancers qui proviennent de ces affections offrent entre eux des différences suffisantes, pour qu'il soit possible de les distinguer toujours, tant en clinique que par l'histologie ». Cette phrase méritait d'être rappelée aujourd'hui que les deux affections ont été plus étudiées.

Il est incontestable que la cellule de Paget est dépourvue d'appareil filamenteux, qu'elle a plus de tendance à subir la cytolyse, à s'envacuoler dans les thèques. Par contre, la cellule du Bowen conserve souvent son exoplasme, les lésions nucléaires y sont peut être plus intenses, et le tégument s'y montre hyperkératosique dans les lésions non muqueuses.

Le Bowen des muqueuses, par contre, ne semble comporter que des différences bien minimes avec le Paget, et il peut revêtir un aspect suintant et érosif. La taille des éléments n'est pas un fait à invoquer pour la différenciation. Certains Paget sont pourvus de cellules énormes, d'autres de petites cellules. Les cas décrits et micrographiés par Nicolas ne montrent pas de grosses cellules, et notre cas à siège muqueux nasal abonde en cellules gigantesques.

L'acantholyse elle-même n'est pas le monopole du Paget ; les Bowen des muqueuses étudiés avec Richon, étaient acantholytiques.

Aussi, malgré l'aspect clinique plus hyperkératosique du Bowen du tégument, malgré ses localisations multiples qui s'opposent à l'unicentricité du Paget débutant, on trouve au niveau des muqueuses des caractères cliniques et histologiques qui rapprochent singulièrement les deux affections. Non seulement la lésion du Bowen des muqueuses devient suintante, érosive comme celle du Paget, mais les lésions histologiques de la muqueuse, moins hyperkératosiques que celles du tégument, sont comme celles du Paget, croûtelleuses et acantholytiques, et atteignent l'appareil ligamenteux.

Il semble donc que l'évolution sur les muqueuses, tissu plus lâche, plus vascularisé, et naturellement plus porté à l'exosérose, tende à effacer les caractères différentiels des deux processus.

Peut-être faut-il voir dans ces différences, que la plupart des auteurs signalent, une question de localisation régionale, le tégument n'ayant pas partout la même texture, la même vascularisation, la même densité, et serait-on autorisé à faire intervenir, dans l'explication des différences, la nature du terrain (humoral ou tissulaire), voire même la notion du sexe.

IV. — *Quels sont les rapports de la maladie de Bowen des muqueuses avec les érythroplasies?*

Il est difficile à l'heure actuelle de définir d'une façon précise ce qu'on appelle érythroplasies.

Cliniquement ces affections répondent à une lésion des muqueuses caractérisée par sa couleur rouge, velvétique, brillante, sa localisation circonscrite, son extension lente, sa persistance et sa transformation ultime en épithélioma.

Si A. Fournier et Darier insistaient en 1893 au sujet du premier cas signalé par eux, sur la dénudation des papilles sous l'épiderme ulcéré et détruit (*épithélioma papillaire nu*) et sur l'aspect fœtal, indifférencié des cellules proliférées, en 1911 Queyrat, frappé par la teinte rouge des lésions, créait le terme d'érythroplasie et lui attribuait des constituants cellulaires bien différenciés et tendant à l'orientation en globes cornés

Les cas publiés dans la suite, entre autres ceux que nous avons pu étudier avec Louste, semblent prouver que tôt ou tard un épithélioma succède à la lésion initiale et peut revêtir aussi bien l'aspect indifférencié baso-cellulaire, que le type différencié spinocellulaire et tous les types épidermoïdes.

Ainsi là très grande variabilité des lésions observées au cours de ce processus ne permet pas une différenciation histologique univoque.

Lors de notre communication du 6 avril 1922 à la Société de Dermatologie sur la maladie de Bowen des muqueuses, Civatte commentant notre cas le faisait rentrer dans le groupe des érythroplasies.

Si nous avons désigné primitivement ce cas princeps sous la dénomination de « dyskératose érythroplasiforme », nos recherches ultérieures, comme nous le disions au début de ce travail, nous ont déterminés à rejeter cette appellation, et nous avons cru devoir

récuser à la fois la dyskératose et l'érythroplasie dans l'interprétation de cette affection. Celle-ci semble répondre histologiquement à un ensemble de lésions assez constantes, en opposition avec le groupe imprécis des érythroplasies dont la structure répond soit à l'épithélioma papillaire nu (cas de A. Fournier et Darier), soit au papillome corné tendant à l'évolution spino-cellulaire (cas de Queyrat et de Morestin), soit au baso-cellulaire ou au pavimenteux mixte (cas de Louste et Cailliau).

Civatte, analysant ces faits disparates, voit dans le Bowen des muqueuses un stade dans l'évolution des érythroplasies, stade succédant à l'hyper-acanthose interpapillaire initiale et précédant l'épithélioma véritable, susceptible lui-même de revêtir divers types histologiques.

Notre interprétation du Bowen des muqueuses, cancer d'emblée, nous éloigne de cette conception malgré les grandes analogies cliniques que nous reconnaissons avec Civatte entre cette affection et les érythroplasies.

Les cas les plus récemment publiés paraissent nous apporter de nouveaux arguments.

La thèse de Massot (Paris, 1931) traite la question en commentant deux observations dissemblables.

Dans le premier cas, l'auteur signale à côté de cellules qu'il appelle dyskératosiques (cette interprétation est peut-être discutable), des cellules atypiques, monstrueuses, cancérisées isolément, qui ne paraissent laisser de doute à la lecture des microphotographies, sur le diagnostic de Bowen des muqueuses (cancérisation cellulaire d'emblée).

Le deuxième cas rapporté semble au contraire répondre à l'érythroplasie telle que nous la concevons ; remarquons qu'ici il s'agit de lésions d'érythroplasie, intriquées avec des lésions de leucoplasie, association qui semble assez fréquente. Elles paraissent constituer un stade précancéreux, à peine dépassé lors du premier examen en 1921, et répondent à un véritable cancer en 1925. Mais ce cancer n'a pas le type du Bowen, « c'est, nous dit l'auteur, un cancer épidermoïde voisin du spino-cellulaire », et les figures 3 et 4 du texte illustrent admirablement cette interprétation.

Il semble bien que Massot nous présente dans son travail les deux types néoplasiques en discussion ; le premier cas répond à

un Bowen des muqueuses, le deuxième à l'érythroplasie, telle que nous la comprenons.

Dans l'observation apportée par Sézary, Horowitz et Lévy-Coblentz (Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, avril 1932), « Erythroplasie avec épithélioma ganglionnaire », nous retrouvons le même aspect histologique et la même évolution que dans un cas publié par Louste avec l'un de nous (Soc. Dermatol., mai 1929) chez un sujet porteur d'une lésion du gland. Chez les deux malades le critérium histologique du cancer manque à la biopsie de la lésion première, et on peut se demander si une cancérisation cellulaire très discrète n'a pas échappé alors à l'examen. Ou bien il s'agit d'un état précancéreux du tissu qui essaime plus tard quelques cellules colonisant sur un terrain favorable, le ganglion par exemple, où se réalise une cancérisation tissulaire.

Ces deux cas caractérisent encore l'érythroplasie telle que nous l'envisageons.

En juin 1932, Touraine et ses collaborateurs présentent à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie l'observation d'une malade atteinte d'érythroplasie vulvaire en lésions multiples avec kraurosis et leucoplasie. Les auteurs insistent sur l'hyperplasie papillomateuse, sur l'absence des cellules monstrueuses du Paget ou du Bowen, et sur la présence exceptionnelle de cellules dyskératosiques.

C'est bien le syndrome clinique habituel des érythroplasies, ne se traduisant ici que par un état hyperplasique pur, avec érythroplasie et leucoplasie intriquées, sans retentissement ganglionnaire.

L'état précancéreux paraît vraisemblable. Les auteurs, à propos de ce cas, distinguent très judicieusement deux ordres de faits à envisager dans les lésions d'aspect érythroplasiforme : d'une part, des faits où la lésion est hyperplasique, papillomateuse, d'apparence précancéreuse, susceptible d'essaimage (qui n'est d'ailleurs pas réalisé dans le cas qu'ils ont étudié), ce sont pour nous les *vraies érythroplasies* ; d'autre part, des faits où la lésion est métaplasique, caractérisée par la transformation monstrueuse des cellules, et qui englobent, avec le Bowen, des cas de Paget. A notre sens la transformation singulière que subissent ces cellules ne peut être envisagée ni comme progressive, ni comme régressive, puisqu'elle aboutit à l'apparition d'éléments tout à faits déviés de leur type

monstrueux, qui ne rappellent ni la cellule évoluée des spino-cellulaires, ni la cellule indifférenciée des baso-cellulaires.

Ces éléments, d'autre part, qui n'ont ni l'aspect morphologique, ni les aptitudes physiologiques de l'élément originel, sont essentiellement destructeurs, protéolysants et envahissants ; ils ne sont d'ailleurs pas précédés des modifications qui caractérisent l'état précancéreux, car nous refusons aujourd'hui à l'état dyskératosique, souvent signalé dans ces cas, une telle signification.

Au total, le Bowen des muqueuses est une forme spéciale de cancérisation d'emblée, à type de cellules monstrueuses, qui ne permet plus, à notre sens, de l'assimiler aux érythroplasies vraies avec leur cancérisation épidermoïde.

Si l'on se rapporte à nos observations, on voit nettement qu'elles répondent à des cancers d'emblée, bien caractérisés par leur structure, dont l'histologie nous a paru fixe ; par contre, les cas d'érythroplasie vraie comportent, avec un syndrome clinique uniforme, une histologie instable ; cela rapproche l'érythroplasie de la leucoplasie, surtout génitale, avec laquelle elle peut volontiers exister ; elle est soumise aux mêmes lois, peut relever comme elle de causes multiples ; de ce fait elle rentre dans le cadre des syndromes, et non des affections autonomes comme le Bowen.

Quand aux types de Bowen avec structure baso-cellulaire cités par Civatte, nous n'en avons pas rencontré, mais rien ne s'oppose à ce qu'ils constituent des faits de passage vers l'épithélioma épidermoïde.

Comme Nicolas, Massia et Rousset, nous dirons donc, que, si dès l'origine le diagnostic clinique entre l'érythroplasie et le Bowen ou le Paget est impossible, le diagnostic histologique ne permet pas de les confondre ; et ce fait nous suffit pour retirer du groupe incertain des érythroplasies le type de Bowen des muqueuses solidement identifié par son critérium histologique.

A l'heure actuelle nous ne pouvons insister davantage sur ce problème entouré encore de tant d'inconnues, mais nous croyons fermement que le Bowen même érythroplasiforme ne peut plus figurer légitimement dans le groupe des érythroplasies vraies.

ANTIGÈNES SYPHILITIQUES ET MÉCANISME DES RÉACTIONS SÉROLOGIQUES

(RÉACTION DE FLOCULATION RÉACTION DE FIXATION)

Par

M. L. CHEVREL-BODIN et M. CORMIER

Chef du Laboratoire municipal de bactériologie de Rennes.

Nous espérons avoir démontré dans nos précédentes publications l'identité de nature de toutes les réactions actuellement utilisées pour l'étude sérologique de la syphilis. Il nous semble avoir apporté la preuve que la réaction de fixation de Bordet-Wassermann et les diverses réactions de floculation reposent sur un phénomène unique et essentiel de précipitation colloïdale. Cette précipitation donne naissance dans les milieux utilisés à un trouble d'importance très variable que l'on peut mettre en évidence directement au moyen de l'ultra-microscope, du microscope, d'un appareil néphélémétrique, de la seule inspection visuelle, ou, indirectement, par l'intermédiaire du système hémolytique.

Notre étude serait incomplète si nous ne tentions d'analyser ce phénomène essentiel de la floculation et de préciser les conditions de sa réalisation. Nous pensons, en effet, que, malgré d'innombrables travaux consacrés à la sérologie de la syphilis, une certaine atmosphère d'empirisme flotte encore autour de cette question et qu'il est du devoir du Biologiste de s'efforcer de la dissiper.

Nous nous proposons, au cours de ce travail, d'étudier le mécanisme des réactions de floculation dans le séro-diagnostic de la syphilis. Mais il va de soi que la floculation elle-même, en relation avec la composition des antigènes, ne saurait être étudiée avec

fruit sans la connaissance préalable de ces substances. Nous envisagerons donc successivement l'étude des antigènes et le mécanisme de leur floculation.

Etude des antigènes

Les antigènes utilisés dans la pratique du séro-diagnostic de la syphilis sont des substances dont la constitution est sinon identique, du moins assez comparable. Il s'agit toujours d'extraits lipoïdiques du muscle cardiaque obtenus soit par l'alcool, soit par l'acétone, soit par l'éther. Nous avons pour nos recherches fixé notre choix sur deux antigènes assez différents l'un de l'autre, l'antigène de Bordet-Ruelens et l'antigène de Meinicke. Nous avons trouvé dans les différences mêmes de composition de ces deux antigènes maints sujets de remarques intéressantes qui nous conduisent, d'ailleurs, par certains détours, à des conclusions identiques.

Antigène de Bordet-Ruelens. — L'antigène de Bordet-Ruelens est, comme on le sait, constitué par la fraction insoluble dans l'acétone des lipoïdes du cœur de veau. Sa composition est la suivante :

Lipides : lécithines, éthers de la cholestérine, traces de cholestérine libre.

Albumines : non entraînées au cours des précipitations successives par l'alcool et l'acétone.

Savons provenant de la saponification des éthers de la cholestérine.

L'antigène de Meinicke est un extrait éthéré de cœur de cheval. Sa composition est la même que celle de l'antigène de Bordet-Ruelens. Elle en diffère toutefois par la présence du baume de tolu, substance destinée à intensifier la floculation.

Ces deux antigènes doivent être dilués pour fournir des émulsions utilisables dans la pratique. Or les émulsions obtenues varient considérablement suivant certains facteurs dont les plus importants sont, d'une part, la quantité d'électrolyte dissoute dans le diluant et, d'autre part, le temps employé pour opérer la dilution.

Nous allons étudier successivement ces deux facteurs pour l'un et l'autre antigène.

A. *Rôle de l'électrolyte dans la préparation des antigènes.*

1° Antigène de Bordet-Ruelens.

Si l'on dilue dans l'eau distillée l'extrait de Bordet-Ruelens on obtient un système colloïdal complexe constitué de la façon suivante :

Un dispersé : micelles et molécules polarisées de lipides adsorbant les particules du disperseur.

Un disperseur : formé par la solution des albumines de l'extrait et les savons du complexe colloïdal. Ce complexe est en équilibre électrique, l'albumine formant autour des grains une couche protectrice qui empêche leur agglutination. D'autre part, les savons, qui possèdent des propriétés colloïdales certaines, contribuent à la stabilité du complexe en abaissant la tension superficielle. On sait que cette stabilité est d'autant mieux assurée que l'abaissement de la tension superficielle est plus accusé. Les émulsions antigéniques seront donc d'autant plus stables qu'elles contiendront plus de savons. Par voie de conséquence, la stabilité sera également en rapport avec la réaction du milieu qui conditionne la formation des savons.

Nous insistons à dessein sur le rôle des savons pour indiquer qu'*à priori* on doit avoir intérêt à préparer une émulsion très alcaline. Mais, d'autre part, ainsi que nous l'avons précédemment exposé ici-même, une alcalinité excessive entrave toute floculation en présence du sérum de syphilitique. Au-dessus du pH 8,6 à 8,8 aucun sérum syphilitique ne flocule plus. Pour cette raison, on doit abandonner l'idée d'utiliser pour la préparation de l'antigène Bordet-Ruelens une base forte telle que la soude. C'est pourquoi on a recours à un sel, le chlorure de sodium.

Le chlorure de sodium apporte à l'émulsion un pH convenable mais il précipite les savons et modifie singulièrement le complexe en faisant varier la tension superficielle et, naturellement, les charges électriques. Il est donc nécessaire d'utiliser une dose de chlorure de sodium qui, précipitant les savons, rétablisse l'équilibre détruit en introduisant dans le complexe colloïdal des charges propres. Quelle dose de NaCl convient-il d'employer?

L'expérience fixe cette dose à 9 0/00. Au-dessous de cette con-

centration, tous les sérums floculent, syphilitiques ou non. Cette floculation, il est vrai, qui atteint son maximum dans les dilutions à 1 ou 2 o/oo de NaCl, diminue progressivement d'intensité au fur et à mesure qu'on se rapproche du taux de 9 o/oo. A cette dose limite, les sérums normaux ne floculent plus tandis que les sérums syphilitiques continuent à floculer.

La floculation des sérums syphilitiques prend alors un caractère strictement spécifique. Elle se poursuit, d'ailleurs, si l'on élève la teneur en NaCl de l'émulsion antigénique. Elle est eneore parfaitement appréciable au taux de 100 o/o ainsi que l'indique le graphique ci-dessus.

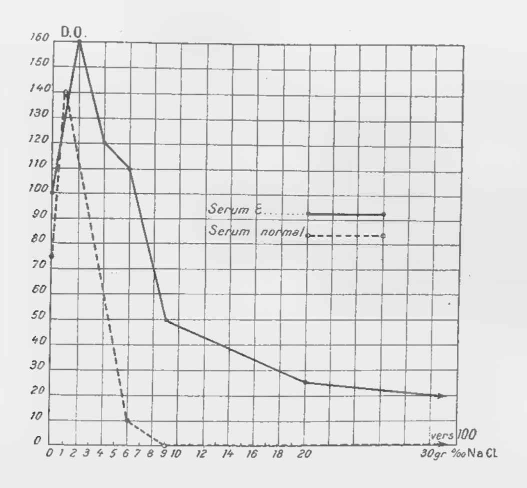


Fig. 1. — Courbe de floculation de l'antigène Bordet-Ruelens en présence d'un sérum normal et d'un sérum syphilitique en fonction de la concentration en NaCl.

A quoi tient cette différence dans les floculations observées suivant que le sérum est ou non syphilitique et suivant la teneur des émulsions en électrolyte ?

La floculation entraînée par les sérums normaux dans les émulsions dont le taux en NaCl est au-dessous de 9 o/oo peut être attribuée à deux facteurs :

1° la précipitation des globulines du sérum par l'eau distillée ou des solutions salines de faibles concentration.

2° l'action propre du chlorure de sodium qui, précipitant les

savons, élève la tension superficielle et modifie l'équilibre des charges de l'émulsion antigénique sans pouvoir, à cause de son faible taux, contrebalancer cette perturbation.

En présence des sérums syphilitiques, des phénomènes identiques se produisent, mais nous verrons que l'action propre des charges du sérum syphilitique entre en jeu pour donner à la floculation un caractère spécifique.

2° Antigène de Meinicke.

L'extrait éthéré de Meinicke doit être, comme on le sait, dilué dans une solution chlorurée carbonatée sodique contenant 3 o/o de NaCl et 0,01 o/o de Co^3Na^2.

Le système colloïdal ainsi obtenu renferme les éléments suivants :

1° *Un dispersé* : micelles et molécules polarisées de lipides adsorbant les particules du disperseur.

2° *Un disperseur* : solution électrolytique à 30 o/oo de NaCl et de 0,1 o/oo de Co^3Na^2, solution colloïdale des albumines et des savons.

3° *Du baume de tolu :* cet antigène diffère, on le voit, de l'antigène de Bordet-Ruelens par sa concentration électrolytique, par la présence du carbonate de sodium et du baume de tolu. Il donne, cependant, au point de vue de la floculation, des résultats qui concordent généralement avec ceux qui sont fournis par l'antigène de Bordet-Ruelens. Il est donc fort intéressant d'en étudier les diverses particularités : le rôle de la concentration en NaCl, le rôle du carbonate de sodium, le rôle du baume de tolu.

La présence dans l'antigène de Meinicke du chlorure de sodium est un élément indispensable à la floculation spécifique, car, si l'on dilue l'extrait éthéré de Meinicke dans l'eau distillée, l'émulsion flocule avec tous les sérums. L'expérience nous a montré que, comme dans le cas de l'antigène de Bordet, cette floculation indifférente se poursuit en fléchissant, d'ailleurs, au fur et à mesure que la concentration de l'émulsion en NaCl s'élève jusqu'au taux de 9 o/oo où elle disparaît.

Mais, avec l'antigène de Meinicke, cette concentration en NaCl est insuffisante. Alors que l'antigène Bordet-Ruelens dilué dans une solution chlorurée à 9 o/oo dans la proportion de 1 centimètre

cube d'extrait pour 5 centimètres cubes de diluant possède un pH de 5,8 à 6, réaction correspondant à la zone optima de floculation du sérum syphilitique, l'antigène de Meinicke, dans les mêmes conditions de concentration en NaCl, possède un pH inférieur à 4,4. Cette émulsion est beaucoup trop acide puisque, ainsi que nous l'avons vu précédemment, le pH du mélange sérum + antigène le plus favorable à la floculation se tient aux environs de 6,8 à 7,3. D'où la nécessité d'augmenter considérablement le taux du chlorure de sodium.

Cependant, lorsqu'on a ajouté, suivant les indications de Meinicke, une quantité de NaCl amenant à 30 o/oo la concentration

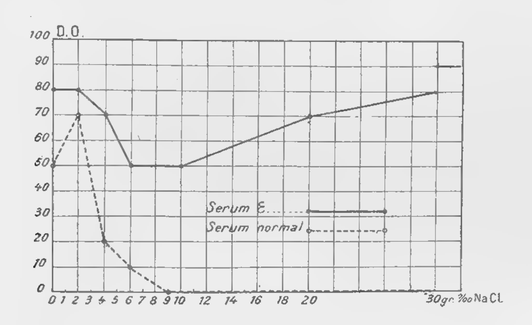


Fig. 2. — Courbe de la floculation de l'antigène de Meinicke en présence d'un sérum normal et d'un sérum syphilitique en fonction de la concentration en NaCl.

de l'antigène en NaCl, l'émulsion, dont le pH est égal à 4,4, quoique suffisante pour la floculation, est encore très acide, le mélange de cet antigène et du sérum étant encore éloigné de la réaction optima. Le rôle du carbonate de sodium est de l'alcaliniser et d'amener ainsi le pH du mélange antigène-sérum aux environs de 7, c'est-à-dire dans la zone de floculation optima.

Le baume de Tolu, responsable de l'acidité de l'antigène, nécessite la concentration électrolytique et la présence du carbonate de sodium. Il agit, d'autre part, comme un protecteur et possède peut-être une action antigénique propre. Nous reviendrons ultérieurement sur ce dernier point.

En somme, les deux antigènes de Bordet-Ruelens et de Meinicke, malgré des différences apparentes, se présentent comme bio-

logiquement identiques. Les conditions essentielles à exiger d'un antigène convenant à l'épreuve de la floculation peuvent se résoudre à deux : 1° une concentration électrolytique qui ne peut être inférieure à 9 o/oo pour éviter les floculations indifférentes ; 2° un pH correspondant à la zone optima de floculation du mélange sérum + antigène, aux environs de 7. Ces qualités se trouvent réunies dans l'émulsion de Bordet-Ruelens par le seul fait de sa teneur en NaCl à 9 o/o. Dans l'antigène de Meinicke, elles exigent, à cause de l'intervention du baume de tolu, une concentration électrolytique supérieure et la présence de carbonate de sodium.

B. *Rôle des conditions mécaniques dans la préparation des antigènes de Bordet-Ruelens et de Meinicke.*

Aussi importante que le rôle de l'électrolyte est l'influence des conditions mécaniques dans la préparation des antigènes. Les variations du temps employé pour mélanger les extraits aux solutions électrolytiques donnent lieu à des différences considérables dans les résultats obtenus.

Tous les auteurs ont remarqué que les émulsions antigéniques varient d'aspect et de densité optique suivant que ce mélange est fait rapidement en une seule fois, ou plus ou moins lentement. Dans le premier cas, on obtient un liquide à peine opalescent qui, à l'examen microscopique, montre en suspension de nombreux grains dispersés, d'une extrême finesse, à peine visibles et animés de vifs mouvements browniens. Si, au contraire, le mélange est fait lentement, par petites portions, l'émulsion obtenue est trouble, plus ou moins opaque, et l'examen microscopique y révèle, à côté de grains encore chargés et mobiles, des granules immobiles qui se rassemblent en amas.

Ces amas, plus ou moins volumineux, ne tardent pas à précipiter et, par le fait de cette sédimentation, au bout d'un certain temps, la suspension laiteuse est remplacée par un liquide clair surmontant un dépôt d'une importance variable.

Il est donc indispensable d'opérer très rapidement, si l'on veut obtenir une émulsion stable. C'est une notion bien connue au sujet

de laquelle nous ne nous arrêtons que pour en fournir l'explication suivante qui nous semble la plus vraisemblable.

A notre avis, la raison de ces différences tient à la quantité d'albumine dissoute d'emblée.

Si, en effet, la quantité d'eau ajoutée d'un seul coup à l'extrait dissout rapidement assez d'albumine pour constituer une solution colloïdale protectrice vis-à-vis des corps à édifice moléculaire élevé (stérols), ces corps ne peuvent produire que des granules de dimensions colloïdales. La suspension claire qui résulte de ce rapide mélange représente un véritable système colloïdal qui peut d'ailleurs se rapprocher des émulsoïdes et qui est ainsi constitué :

1° Milieu granulaire formé par des micelles et des molécules polarisées de lipides (stérols et matières grasses).

2° Milieu périgranulaire, protecteur, formé par une solution colloïdale d'albumine et de savons et par une solution d'électrolytes.

Au contraire, dans le cas où l'eau est ajoutée lentement à l'extrait, la première portion suffit à précipiter les stérols mais ne peut dissoudre assez d'albumine pour provoquer l'apparition d'une solution protectrice. Les grains, non entourés d'un « film protecteur », grossissent, et précipitent.

Mécanisme des réactions de floculation et de fixation

Le mécanisme de ces réactions doit être évidemment cherché dans les influences réciproques qui s'exercent entre les sérums et les antigènes. Nous connaissons la composition des antigènes. La composition des sérums reste plus obscure. Nous savons pourtant que le sérum sanguin peut être considéré comme un système en équilibre possédant des propriétés particulières à peu près constantes. D'après Lecomte du Nouy, le sérum ne serait pas une solution colloïdale mais une solution vraie de très grosses molécules.

Le sérum syphilitique diffère du sérum normal par des modifications de charges qui lui sont propres, en corrélation avec des variations de sa tension superficielle. Nous devons, en effet, à Lecomte du Nouy, la connaissance de ces variations de la tension superficielle des sérums contenant des anticorps. Cette modifi-

cation de la tension superficielle ne peut aller sans une transformation plus ou moins considérable des charges du système.

Enfin, nous savons, d'autre part, et cette notion doit être ici rappelée, que lorsqu'un sérum est dilué dans l'eau distillée ou des solutions salines faibles, les globulines précipitent partiellement. Ce précipité est, d'ailleurs, soluble dans une solution électrolytique de concentration suffisante (au moins 8 o/oo).

Ces notions diverses sont indispensables pour l'interprétation des phénomènes que nous allons maintenant étudier, en envisageant successivement le mécanisme des réactions de floculation et le mécanisme de la réaction de fixation.

1° *Réaction de floculation.* — Les antigènes de Bordet-Ruelens et de Meinicke se comportent à peu près de la même façon à l'égard des sérums normaux et syphilitiques, toutefois avec quelques particularités qu'il est aisé de prévoir *à priori*, étant donnée l'extrême différence de leur concentration électrolytique.

Nous envisagerons successivement les phénomènes qui se produisent lorsqu'on ajoute à ces antigènes dilués dans l'eau distillée ou dans des solutions salines de concentrations variables des sérums normaux ou des sérums syphilitiques.

L'addition de sérums normaux à des émulsions d'antigènes de Bordet ou de Meinicke faites dans l'eau distillée détermine toujours une floculation. Cette floculation, dont Meinicke avait d'abord cherché l'explication dans l'idée que le floculat était formé par les globulines solubles dans le chlorure de sodium, explication qu'il dût par la suite abandonner, est en réalité consécutive à la variation des charges du système antigénique. Cette variation détermine une modification de la tension superficielle et une augmentation de la grosseur des grains. Ces variations de grosseur sont plus ou moins intenses. Le diamètre des grains peut aller de 0,1 à 4 μ et au delà. Lorsque les grains dépassent la grosseur limite de 4 μ, leurs mouvements browniens s'arrêtent et la tendance à la précipitation se manifeste.

Mais, si par un moyen approprié, et notamment par l'addition d'une solution saline, on introduit dans le mélange des charges nouvelles, on peut arriver à rétablir l'équilibre électrique momentanément compromis. Si le complexe chargé n'a pas atteint la limite

de 4 μ, les grains diminuent de grosseur sous l'influence de l'électrolyte et les mouvements browniens reparaissent.

Voici quelques observations qui démontrent la réalité de ce fait :

Observation I. — Ser...

Malade ne présentant aucun accident en évolution, ayant eu, il y a plusieurs années, des accidents, et ayant suivi un traitement régulier.

Réaction de Wassermann :
Technique Calmette-Massol :
Antigène Bordet-Ruelens, — — — —.
Réaction de Meinicke :
Lecture photométrique, o.
Réaction de floculation :
Antigène Bordet-Ruelens diluée dans l'eau distillée.
Lecture photométrique, 16.
Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo à cette dernière réaction. Après une heure, le trouble a disparu.
Lecture photométrique, o.

Observation II. — Gall...

Fille publique sans accidents en évolution, suit un traitement régulier.

Réaction de Wassermann :
Techniqne Calmette-Massol :
Antigène Bordet-Ruelens, — — — —.
Réaction de Meinicke :
Lecture photométrique, o.
Réaction de floculation :
Antigène Bordet-Ruelens dilué dans l'eau distillée.
Lecture photométrique, 20
Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo à cette dernière réaction. Après une demi-heure, le trouble a disparu.
Lecture photométrique, o.

Observation III. — XX...

Femme ne présentant et n'ayant présenté aucun accident.

Réaction de Wassermann :
Technique Calmette-Massol :

Antigène Bordet-Ruelens, — — — —.
Réaction de Meinicke :
Lecture photométrique, 0.
Réaction de floculation :
Antigène Bordet-Ruelens dilué dans l'eau distillée.
Lecture photométrique, 10.
Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 0/00 à cette dernière réaction. Après une demi-heure le trouble a disparu.
Lecture photométrique, 0.

Nous pourrions multiplier les exemples de tels faits que nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer.

Si, à notre émulsion d'antigène Bordet-Ruelens en eau distillée, nous ajoutons un sérum syphilitique, ce sérum, possédant par lui-même des modifications de charges certaines, apporte dans l'émulsion un déséquilibre beaucoup plus considérable. Les grains de l'antigène peuvent atteindre ou même dépasser les dimensions limites et la précipitation s'ensuit. Le résultat varie suivant le degré de positivité du sérum, un sérum faiblement positif entraînant dans la réaction une modification de charges d'une moindre intensité.

Les observations suivantes témoignent de ce fait ;

Observation IV. — Sérum S...

Réaction de Wassermann :

Technique Calmette-Massol :
Antigène Bordet-Ruelens, + + + +.
Réaction de floculation :
Antigène Bordet-Ruelens dilué dans l'eau distillée.
Lecture photométrique, 80.
Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 0/00 à cette dernière réaction. Après une demi-heure, pas de modification du trouble.
Lecture photométrique, 80.
Après une heure : Lecture photométrique, 80.

Observation V. — Sérum Lel...

Réaction de Wassermann :

Technique Calmette-Massol :

Antigène Bordet-Ruelens, + + + +.
Réaction de floculation :
Antigène Bordet-Ruelens dilué dans l'eau distillée.
Lecture photométrique, 90.
Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo à cette dernière réaction. Après une demi-heure pas de modification du trouble.
Lecture photométrique, 90.
Après une heure : Lecture photométrique, 90.

Observation VI. — Sérum No...

Malade ayant eu une gomme de la langue. Après plusieurs traitements, les réactions humorales sont les suivantes :

Réaction de Wassermann :
Technique Calmette-Massol :
Antigène Bordet-Ruelens, + + + +.
Réaction de floculation :
Antigène Bordet-Ruelens dilué dans l'eau distillée.
Lecture photométrique, 30.
Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo à cette dernière réaction. Après une demi-heure, disparition du trouble.
Lecture photométrique, 0.

En résumé, les sérums syphilitiques mis en présence de l'antigène Bordet-Ruelens dilué dans l'eau distillée donnent lieu à des floculations irréversibles s'il s'agit de sérums fortement positifs, reversibles et susceptibles de subir la peptisation, s'il s'agit de sérums faiblement positifs. La spécificité de la réaction est encore en partie masquée par le fait de la floculation indifférente précédemment étudiée.

Si l'on utilise dans les mêmes conditions l'antigène de Meinicke et pour les mêmes raisons, l'introduction d'un sérum syphilitique détermine une floculation presque toujours stable et que l'addition de charges nouvelles ne parvient presque jamais à dissoudre.

Par conséquent, vis-à-vis des sérums normaux ou syphilitiques, les antigènes de Bordet-Ruelens et de Meinicke dilués dans l'eau distillée se comportent sensiblement de la même façon. Ils donnent avec les sérums normaux des floculations reversibles dues à une rupture relativement faible de leur équilibre électrique ; avec les sérums syphilitiques, des floculations beaucoup plus intenses,

reversibles ou non, suivant le degré de positivité du sérum ou, ce qui est la même chose, l'importance des modifications de ses charges propres.

Employons maintenant pour les réactions de floculation des antigènes dilués dans une solution électrolytique. Nous savons qu'un sérum normal ajouté à l'antigène de Bordet-Ruelens contenant du chlorure de sodium à des taux variant de 0,05 0/00 à 9 0/00, détermine une floculation d'intensité décroissante au fur et à mesure que la concentration saline s'élève. Cette floculation s'arrête au taux de 9 0/00.

Si, au cours de cette série de floculations, le grossissement des grains n'atteint pas la limite de précipitation, la peptisation est possible et généralement observée.

Or, il est intéressant de constater, ce qui prouve bien la nature purement physique du phénomène de floculation, que la peptisation peut être obtenue par des électrolytes variables. On peut employer indifféremment à cet effet le chlorure de sodium, le chlorure de calcium, l'hyposulfite de magnésium ainsi que le démontrent les observations suivantes, prises parmi beaucoup d'autres :

Observation VII. — Sérum X...

Sérum normal.

Réaction de Wassermann :
Technique Calmette-Massol :
Antigène Bordet-Ruelens, — — — —.
Réaction de floculation :
Antigène Bordet-Ruelens dilué dans l'eau à 2 0/00 de NaCl.
Lecture photométrique, 15.
Cette réaction a été faite dans 3 tubes :
Ajoutons au tube n° 1, 2 gouttes de NaCl :
Après une demi-heure : Lecture photométrique, 0.
Ajoutons au tube n° 2, 2 gouttes de S^2O^3Mg :
Après une demi-heure : Lecture photométrique, 0.
Ajoutons au tube n° 3, 2 gouttes de $CaCl^2$:
Après une demi-heure : Lecture photométrique, 0.

Observation VIII. — Sérum Q...

Sérum normal.

Réaction de Wassermann :

Technique Calmette-Massol :
Antigène Bordet-Ruelens, — — — —.

Réaction de floculation :

Antigène Bordet-Ruelens dilué dans l'eau à 2 o/oo de NaCl.
Lecture photométrique, 20.
Cette réaction a été faite dans 3 tubes :
Au tube n° 1, ajoutons 2 gouttes NaCl à 9 o/oo :
Après une demi-heure : Lecture photométrique, o.
Au tube n° 2, ajoutons 2 gouttes $CaCl^2$:
Après une demi-heure : Lecture photométrique, o.
Au tube n° 3, ajoutons 2 gouttes S^2O^3Mg :
Après une demi-heure : Lecture photométrique, o.

Observation IX. — Sérum F...

Sérum normal.

Réaction de Wassermann :

Technique de Calmette-Massol :
Antigène Bordet-Ruelens, — — — —.

Réaction de floculation :

Antigène Bordet-Ruelens dilué dans l'eau à 3 o/oo NaCl.
Lecture photométrique, 20.
Cette réaction a été faite dans 3 tubes :
Au tube n° 1, ajoutons 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Après une demi-heure : Lecture photométrique, o.
Au tube n° 2, ajoutons 2 gouttes de $CaCl^2$:
Après une demi-heure : Lecture photométrique, o.
Au tube n° 3, ajoutons 2 gouttes de S^2O^3Mg :
Après une demi-heure : Lecture photométrique, o.

Dans les mêmes conditions, les sérums syphilitiques déterminent, comme précédemment, des floculations intenses et généralement irréversibles. Toutefois, ce n'est qu'en présence d'un antigène renfermant 9 o/oo de chlorure de sodium que la spécificité de la réaction apparaît avec une évidence absolue. Si, à une réaction positive ayant floculé en présence de l'antigène de Bordet contenant 9 o/oo de NaCl, on ajoute un excès de sel ou un autre électrolyte tel que $CaCl^2$, S^2O^3Mg, la floculation ne subit aucune modification, le floculum reste absolument stable. Le tableau suivant résumant quelques-uns de nos résultats illustre surabondamment ce fait.

Sérum 1. — D. O. 170 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 170.
Sérum 2. — D. O. 80 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 100.
Sérum 3. — D. O. 70 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 90.
Sérum 4. — D. O. 25 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 40.
Sérum 5. — D. O. 30 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 35.
Sérum 6. — D. O. 70 : Addition de ■ gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 100.
Sérum 7. — D. O. 170 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 173.
Sérum 8. — D. O. 100 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 100.
Sérum 9. — D. O. 100 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 100.
Sérum 10. — D. O. 110 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 150.
Sérum 11. — D. O. 70 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 85.
Sérum 12. — D. O. 70 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 60.
Sérum 13. — D. O. 180 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 180.
Sérum 14. — D. O. 60 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 80.
Sérum 15. — D. O. 100 : Addition de 2 gouttes de NaCl à 9 o/oo.
Lecture après une heure, D. O. 100.

Les résultats obtenus dans les mêmes conditions avec l'antigène de Meinicke sont absolument superposables. Nous devons toutefois signaler que cet antigène de Meinicke, en solution électrolytique rigoureusement normale, est susceptible de donner en présence de sérums normaux ou tout au moins non syphilitiques des floculats susceptibles de subir la peptisation.

Les observations suivantes en font foi :

OBSERVATION. — Dur...

Réaction de fixation :
Antigène Bordet-Ruelens, — — — —.

Réaction de Meinicke :
Lecture photométrique, 60.
Après addition de 2 gouttes de NaCl à 30 o/oo :
Densité optique, 0.

OBSERVATION. — Cuill...

Réaction de fixation :
Antigène Bordet-Ruelens, — — — —.
Réaction de Meinicke :
Lecture photométrique, 70.
Après addition de 2 gouttes de NaCl à 30 o/oo :
Densité optique, 35.

OBSERVATION. — Hil...

Réaction de fixation :
Antigène Bordet-Ruelens, — — — —.
Réaction de Meinicke :
Lecture photométrique, 70.
Après addition de 2 gouttes de NaCl à 30 o/oo :
Densité optique, 15.

OBSERVATION. — Mo...

Réaction de fixation :
Antigène Bordet-Ruelens, — — — —.
Réaction de Meinicke :
Lecture photométrique, 50.
Après addition de 2 gouttes de NaCl à 30 o/oo :
Densité optique, 0.

Il s'agit là, bien entendu, de faits exceptionnels. Notons que, dans ces réactions, la floculation s'est produite lentement, mais l'addition de charges nouvelles en a provoqué la peptisation. Nous avons pu vérifier qu'en pareil cas le chlorure de calcium, l'hyposulfite de magnésium agissent encore comme le chlorure de sodium. Il s'agit donc bien ici de l'action exclusive de charges introduites dans les réactions.

L'explication de ces faits discordants ne peut être, à l'heure actuelle qu'hypothétique. On peut se demander, par exemple, si le

baume de tolu introduit dans l'antigène n'en est pas partiellement responsable en exerçant, en outre de son action protectrice de la stabilité de l'émulsion, une action antigénique propre. Si l'antigène de Meinicke peut être considéré comme un mélange de deux antigènes, l'extrait lipoïdique entraînerait la floculation spécifique en présence d'une quantité déterminée d'électrolyte, le baume de tolu, les floculations non spécifiques. Mais cette hypothèse demande à être vérifiée.

II. — Réaction de fixation

Le mécanisme de la réaction de fixation s'imagine aisément étant donné que le premier stade de la réaction est un stade de floculation.

La floculation est un phénomène dont l'importance est proportionnelle à la différence des charges introduites dans la réaction par le sérum. Cette différence des charges est fonction de la positivité du sérum et, par suite, la floculation est d'autant plus intense que le sérum est plus fortement positif. Nous avons déjà montré qu'en effet, les agrégats colloïdaux sont plus ou moins importants selon le degré de positivité du sérum employé dans les réactions. Volumineux quand le sérum est fortement positif, ils n'existent plus lorsque le sérum est faiblement positif et seulement susceptible d'entraîner un simple grossissement des grains de l'antigène. Quoi qu'il en soit de ces différences quantitatives, le fait initial dans la réaction de fixation est une floculation qui se comporte expérimentalement suivant les modalités que nous venons d'étudier en détail. La formation des agrégats colloïdaux produit une surface adsorbante nouvelle qui fixe l'alexine.

Dans cette réaction de fixation, même si le sérum est faiblement positif, le grossissement des grains peut être inférieur à la limite de précipitation sans que pour cela la peptisation soit possible parce que cette modification de l'antigène, en apparence minime, suffit à opérer la fixation de l'alexine, phénomène absolument irréversible.

*
* *

Nous croyons pouvoir conclure de cette étude, que les phénomènes de précipitation colloïdale constituant l'essence des réactions sérologiques actuelles de la syphilis sont des phénomènes physiques dus à des variations de charges électriques dans les complexes employés comme « antigènes ». Cette hypothèse demanderait évidemment à être vérifiée par des mesures de précision qu'il n'a pas été dans nos moyens de réaliser. Les constatations microscopiques que nous avons pu faire, la constatation des variations de la tension superficielle des sérums et des émulsions antigéniques permettent de la considérer comme l'explication la plus vraisemblable du phénomène de la floculation. Elle éclaire manifestement le problème de la concentration électrolytique des antigènes en montrant comment cette concentration à un taux déterminé est elle-même nécessitée par les conditions particulières de « charges » des sérums syphilitiques. En faisant apparaître la floculation comme le résultat du déséquilibre apporté dans les émulsions antigéniques par les charges propres du sérum, elle ouvre le champ à des recherches qui établiront définitivement, nous l'espérons, la simplicité d'un acte biologique que les circonstances et tant de réactions diverses ont jusqu'à présent entouré d'un certain mystère.

Bibliographie

M. L. Chevrel-Bodin et M. Cormier. — Études des réactions de floculations. Variation des réactions de Meinicke en fonction du pH. *Annales de Derm. et de Syphil.*, t. III, nº 6, juin 1932, p. 530.

Lecomte du Nouy. — Equilibres superficiels des solutions colloïdales (*Monographie de l'Institut Pasteur*), Masson, éd., Paris, 1929.

Lumière. — Colloïde et Micelloïde. *Revue scientifique*, mai 1931.

Meinicke. — Sérologie moderne de la syphilis. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XL, octobre 1926, p. 876 ; *Deut. Med. Wochen.*, nº 12, 1922 ; *Munch. Med. Wochen.*, nº 33, 1919 ; *Deut. Med. Wochen.*, nº 28, 1926.

Fred Vlès. — Théorie générale des réactions de floculation (*Précis de chimie physique*), Vigot, éd., 1929, p. 356.

G. Wells. — Aspects chimiques de l'Immunité (traduit par Boëz). G. Doin, éd., 1928.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HISTOLOGIE DES MYOMES CUTANÉS

Par M. GRZYBOWSKI
(Clinique Dermatologique de l'Université de Varsovie).

Les myomes cutanés constituent une anomalie très rare du tégument; néanmoins l'aspect typique des lésions, au point de vue clinique et histologique, rend le diagnostic facile à tous ceux qui tiennent compte des descriptions classiques. L'affection est tellement bien étudiée et décrite par E. Besnier, dans son mémoire paru dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (1880), ainsi que par M. Darier, dans la *Pratique dermatologique*, que les observations nouvelles ajoutent peu à nos connaissances, et que leur publication ne paraît par conséquent pas être justifiée. Un point cependant reste encore à étudier : c'est précisément la cause et l'origine de la douleur qui apparaît dans les myomes sous l'action du froid et des irritations mécaniques.

Dans l'article récent de M. Dietel sur les myomes (*Handbuch für Haut u. Geschlechtskrankheiten*, vol. XII, partie II, p. 202,) on trouve la phrase suivante : « La sensibilité extrême des myomes à l'influence du froid et de légères irritations tactiles ne trouve pas d'explication dans le tableau histologique ». Et dans le mémoire de M. Darier, on trouve le passage suivant : « l'explication de ce phènomène (douleur) doit être cherchée dans la contraction des éléments musculaires et dans leur rapport avec des ramuscules nerveux sensitifs », ce qui laisse à penser que l'éminent dermatologiste ne considérait pas la question comme résolue.

En fait, l'explication de la douleur uniquement par les contractions des fibres musculaires n'est pas satisfaisante étant donné que ces contractions ne sont pas généralement accompagnées de

douleur; c'est donc la présence des nerfs, comme le supposait M. Darier, qui pourrait expliquer le phénomène. Cependant la distribution des nerfs dans ces tumeurs n'a pas été étudiée jusqu'à présent. Ce détail histologique des myomes nous intéressait depuis longtemps, et nous nous proposions d'étudier la distribution des nerfs dans les myomes; mais depuis quelques années nous n'avions pas eu l'occasion d'observer de pareil cas. Ce n'est que récemment, grâce à l'obligeance de nos confrères MM. Marowski et Ettinger, qui ont bien voulu nous adresser un cas de tumeurs multiples de la peau, que nous avons eu la possibilité d'étudier ce point intéressant.

La nommée Catherine P..., âgée de 60 ans, ne présente, dans ses antécédents héréditaires et personnels, rien qui puisse être mis en relation avec l'affection pour laquelle elle vient consulter le médecin.

En particulier, ses parents jouissaient d'une santé parfaite et il n'y avait pas eu de consanguinité entre eux. La malade a eu dans l'enfance la petite vérole, la rougeole et la dysenterie. Mariée à 25 ans, elle a accouché deux fois, un enfant est mort, âgé d'un an, d'une méningite et l'autre, à l'âge de 3 mois, d'une cause inconnue. Le mari de la malade est bien portant.

L'affection actuelle a débuté il y a trois-quatre ans par de petits nodules au bras, au début indolores; successivement des tumeurs nouvelles sont apparues et continuent à apparaître ; en même temps la douleur se développa, insidieusement, au toucher des tumeurs les plus volumineuses.

Etat actuel de la malade

L'état général est satisfaisant, le sujet est un peu obèse. Rien de pathologique à signaler sur les muqueuses de la cavité buccale, rien d'anormal du côté du système nerveux, du cœur et des poumons. Le foie est sensible à la palpation, augmenté de volume et dépasse l'arc costal de trois travers de doigt; son bord libre est lisse.

La réaction de Bordet-Wassermann avec le sérum sanguin est négative; rien d'anormal dans les urines.

Sur la joue droite existe un groupe d'une dizaine de tumeurs de tailles variables, mais ne dépassant pas les dimensions d'un pois, rondes, saillantes, de la teinte rose du tégument normal; elles sont solides ou même assez dures; certaines d'entre elles ne font pas saillie et ne sont perceptibles qu'à la palpation, les tumeurs les plus volumineuses sont légèrement pédiculées.

A la pression la malade accuse de très vives douleurs, qu'elle qualifie de « cuisantes ».



Fig. 1. — La joue droite avec le groupe des myomes.



Fig. 2. — Microphotographie d'une tumeur, nombreuses fibres musculaires. Gross. 28 diamètres.

Sur le côté droit du cou se trouve un autre groupe d'une douzaine de tumeurs de même aspect; un troisième groupe existe sur l'épaule gauche et un quatrième sur le mollet droit. Ces tumeurs sont particulièrement douloureuses et la nuit les douleurs irradient le long de la jambe. De plus des tumeurs isolées, de même taille et de même aspect, sont disséminées sur le tronc et les membres.

Toutes les tumeurs en question sont manifestement dermiques et non sous-cutanées.

Le diagnostic probable de myomes cutanés a été posé ; des biopsies ont été pratiquées pour confirmer le diagnostic. Les coupes colorées à l'hématéine-éosine, au Van Gieson et au trichrome de Masson ne laissèrent aucun doute : il s'agissait bien de myomes (fig. 2).

Examen histologique

L'épiderme de revêtement est normal, la limite dermo-épidermique est conservée et très nette sur toute l'étendue de la lésion. Le corps papillaire ne présente pas d'anomalies, sauf un aplatissement manifeste des papilles au sommet de la tumeur. Dans le derme on aperçoit un grand nombre de fibres musculaires lisses disposées en faisceaux qui s'entrecroisent, courent dans toutes les directions en formant un véritable enchevêtrement ; les faisceaux musculaires sont en conséquence sectionnés dans tous les sens. Toute la tumeur est bien limitée dans le chorion qu'elle occupe. Pas de trace de réaction inflammatoire, ni d'infiltrats cellulaires à la périphérie de la tumeur.

Les follicules pileux dans la tumeur sont normaux.

Les vaisseaux sanguins de la tumeur et du derme environnant sont normaux ; le tissu collagène, dans les coupes colorées au trichrome de Masson (au vert lumière), présente des îlots métachromatiques. Nous n'attribuons pas d'ailleurs une grande valeur à ce fait, car les dégénérescences du tissu conjonctif sont un phénomène banal dans la peau des sujets âgés.

La coloration des nerfs périphériques a été pratiquée suivant différentes méthodes ; l'imprégnation à l'argent a donné des résultats très intéressants. Nous suivons depuis longtemps les méthodes de Ramon y Cajal, lesquelles, à notre avis, donnent les résultats les plus sûrs et les plus démonstratifs pour les nerfs de la peau. En particulier la méthode de R. y Cajal à l'hydrate de chloral,

donne des résultats très constants et nettement supérieurs à ceux obtenus par d'autres méthodes, par la méthode de Bielschovsky en particulier, elle a le grand avantage d'imprégner électivement les cylindraxes des nerfs, tandis que le tissu conjonctif, le collagène,

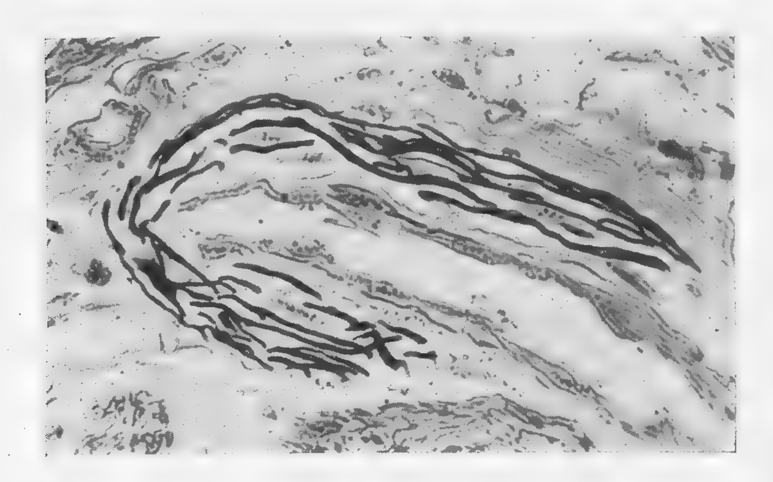


Fig. 3 — Un petit nerf qui entoure un vaisseau. Gross. 650 diamètres.

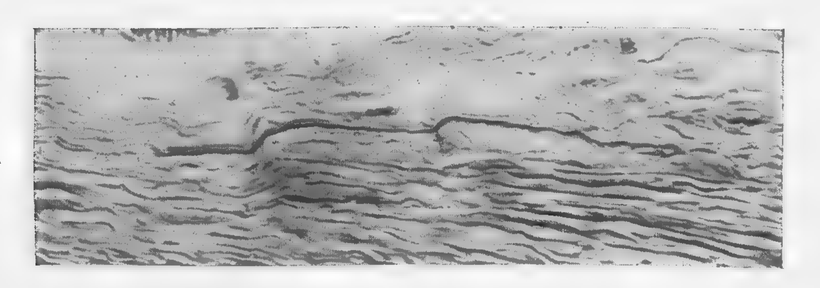


Fig. 4. — Une fibre nerveuse. Gross. 650 diamètres.

les fibres élastiques et les fibres grillagées ne sont pas imprégnées; on obtient ainsi un beau tableau de fibres nerveuses noires, ou presque noires, sur un fond jaune-or. Seul le pigment mélanique possède la propriété de réduire l'argent, mais cette particularité ne peut causer aucune difficulté d'interprétation.

L'imprégnation à l'argent des coupes des myomes étudiés par

nous a donné le résultat suivant : les fibres nerveuses sont très abondantes dans le tissu des myomes cutanés ; le derme environnant contient beaucoup moins de fibres nerveuses. Nous avions eu l'occasion d'examiner un grand nombre de coupes de la peau imprégnées à l'argent suivant différentes méthodes, jamais, sauf pour la peau du bout des doigts, nous n'avions vu de fibres nerveuses en nombre aussi grand que dans les myomes étudiés par nous.

Les fibres nerveuses forment des faisceaux, pour ainsi dire de véritables petits nerfs, à parcours très irrégulier et flexueux. La microphoto 3 donne l'aspect général d'un nerf minuscule qui entoure partiellement un capillaire.

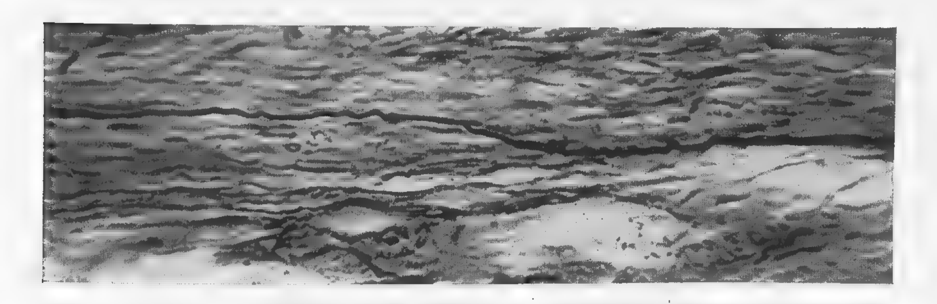


Fig. 5. — Une longue fibre nerveuse. Gross. 682 diamètres.

En dehors de ces faisceaux nerveux, on observe des fibres nerveuses isolées, longues, noires ou brun foncé, à contours très nets ; la microphoto n° 4 présente une fibre nerveuse isolée qui traverse un faisceau de fibres musculaires.

Le parcours des fibres nerveuses peut être suivi souvent sur un trajet très long.

Notons que ces nerfs minuscules se trouvent souvent, en grande abondance et très superficiels dans la couche sous-papillaire, ou, dans les conditions normales, on n'observe pas de nerfs d'un calibre pareil, c'est précisément de la couche superficielle que provient le faisceau nerveux de la micro-photographie n° 6.

Les nerfs et les fibres isolées ont parfois un parcours indépendant des faisceaux musculaires avec lesquels ils s'entrecroisent (fig. 7), mais le plus souvent ils suivent le trajet des faisceaux musculaires,

parfois à tel point que certaines fibres isolées paraissent être au centre des petits muscles lisses qui forment, par leur ensemble, la tumeur.

Les coupes de la tumeur prélevée au mollet de la malade présentent un tableau des plus instructifs. Le centre de la tumeur est

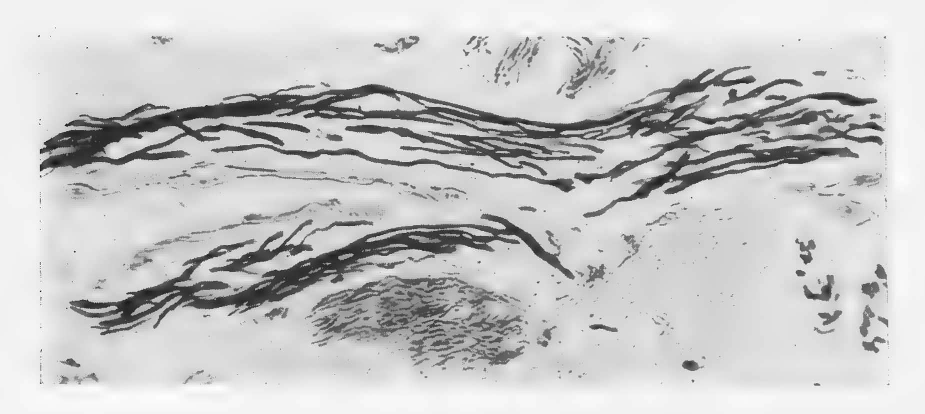


Fig. 6. — Un petit nerf de la couche sous-papillaire. Gross. 552 diamètres.

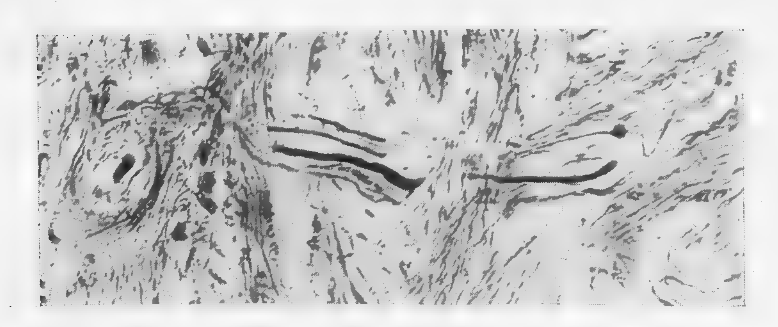


Fig. 7. — Quelques fibres nerveuses, qui sont entrecroisées avec les fibres musculaires. Gross. 650 diamètres.

formé par des faisceaux musculaires sectionnés transversalement ou obliquement, dans le même sens courent les nerfs de la partie centrale de la tumeur ; la partie périphérique est formée de fibres musculaires qui courent longitudinalement et entourent la partie centrale; c'est précisément dans cette partie de la tumeur, qu'on peut suivre les fibres nerveuses sur un trajet très long.

Souvent le parcours des fibres nerveuses est des plus irrégulier ; c'est ainsi que j'ai observé une formation de nœuds et d'anses par les fibres nerveuses, qui, parfois, réalisent une espèce de plexus qu'entourent de petits muscles (fig. 8).

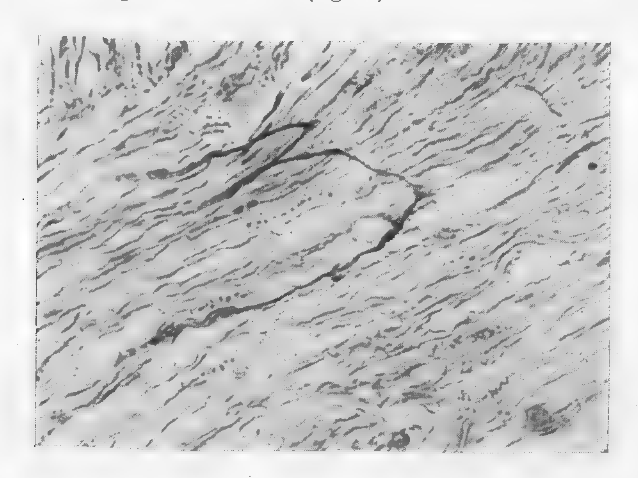


Fig. 8. — Petit plexus périmusculaire. Gross. 650 diamètres.

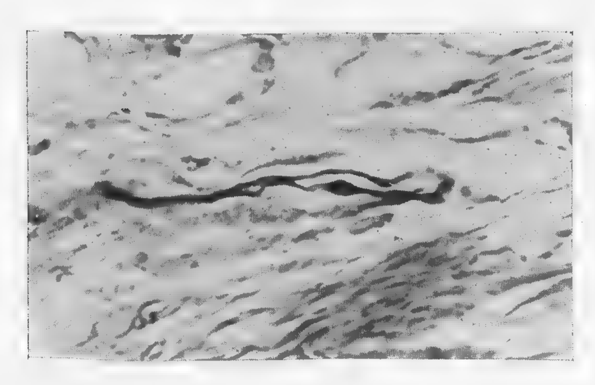


Fig. 9. — Partie d'une fibre nerveuse avec des petites anses. Gross. 1.125 diamètres.

La coloration de la myéline par le procédé de Spielmayer, dans les coupes à congélation et par la méthode de Paul-Weigert, a donné un résultat positif pour les fibres nerveuses en faisceaux et pour certaines fibres isolées, cependant la plupart de celles-ci sont dépourvues de myéline.

Les fibres nerveuses présentent fréquemment sur leur trajet de petits noeuds et, ci et là, de petites anses (fig. 9), certaines d'entre elles se terminent par une arborisation minuscule ou par de petits renflements en massue.

Quel valeur doit-on attribuer à la présence de fibres nerveuses dans les tumeurs examinées ? S'agirait-il de fibres nerveuses normales envahies par une tumeur qui s'est formée en cet endroit — fibres qui ne seraient, en réalité, que le résidu des nerfs, du derme normal ? Nous n'y croyons pas et nous admettons qu'il s'agit plutôt d'une véritable néoformation des fibres nerveuses car l'abondance de ces fibres dans le myome, en comparaison avec le nombre des fibres de la peau normale des mêmes régions (épaule et mollet), nous paraît plaider dans ce sens.

Une autre preuve est, à notre avis, la distribution des nerfs et des fibres nerveuses isolées, qui suivent fréquemment le trajet des faisceaux musculaires et qui se trouvent souvent à leur centre. On a l'impression que la néoformation des muscles de la tumeur était accompagnée d'une néoformation des fibres nerveuses, ce qui explique leur distribution parallèle ou centrale aux faisceaux musculaires : tandis qu'il paraît logique d'admettre, que l'envahissement des nerfs et des fibres nerveuses du derme normal par la tumeur aurait provoqué une distribution des nerfs plus irrégulière.

Ce raisonnement n'est certainement pas une preuve et toute autre possibilité pourrait être prise en considération, notamment l'englobement des nerfs du derme par les faisceaux néoplasiques de la tumeur, notons cependant que ce phénomène a lieu plutôt dans les tumeurs malignes et qu'il est en contradiction avec l'abondance des nerfs dans les myomes en comparaison avec la peau normale des mêmes régions ; c'est, à notre avis, une preuve formelle de leur néoformation.

En tout cas il nous semble justifié d'affirmer que l'extrême sensibilité des myomes s'explique par l'abondance des fibres nerveuses et des nerfs minuscules dans ces tumeurs.

SUR UNE NOUVELLE DYSTROPHIE DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE L'ASYMÉTRIE DIGITALE.

VLADIMIR MIKULOWSKI (Varsovie)

En 1926, Ch. du Bois a décrit dans le nº 7 des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* deux nouvelles dystrophies intéressant les doigts de la main des enfants atteints de syphilis congénitale. Charles du Bois considère comme caractéristique de la syphilis héréditaire, la dystrophie constituée par la brièveté du cinquième doigt soit bilatéralement, soit unilatéralement. Le même auteur (Du Bois) a décrit une malformation du pouce qui intéresse seulement la phalangine et modifie d'une façon très caractéristique la forme du pouce de la main (pouce en forme de raquette).

Le contrôle du stigmate de Du Bois que je pratique sur le matériel infantile du service de médecine générale de l'Hôpital Charles et Marie de même qu'à la consultation externe et dans ma clientèle privée m'a conduit bientôt à la constatation d'un autre signe : celui de l'asymétrie des doigts de la main en général. Je suis obligé de la considérer cette asymétrie comme une dystrophie, caractéristique de la syphilis, intéressant toute la main en général et non point exclusivement les deux doigts dont nous sommes occupés plus haut.

Sur 50 cas d'asymétrie des doigts chez les enfants, nous avons pu constater sans difficulté dans 40 cas, une réelle hérédité syphilitique. Dans 10 cas, nous n'avons pas pu prouver l'existence de la syphilis. Néanmoins, dans 80 o/o des cas, nous avons trouvé le signe de l'asymétrie digitale chez des enfants atteints de syphilis congénitale. Nous le trouvons très souvent *ex post* chez des enfants dont les observations, bien qu'elles signalassent l'existence de divers

stigmates ne prenaient pas en considération ce détail. Nous avons pu nous convaincre combien il est facile, de passer à côté d'une asymétrie digitale, même très prononcée, atteignant 3 cm. par exemple. De même nous avons vu avec quelle facilité cette différence passe inaperçue pour les porteurs de stigmates et pour leur entourage le plus proche. Ceci rappelle des faits connus de la vie courante. Il arrive que les possesseurs ignorent « par cœur » avec quels chiffres, romains ou arabes, sont marqués les cadrans de leurs montres.

Souvent mes collègues à l'hôpital scrutaient à titre de contrôle, avec une attention soutenue, les doigts asymétriques de l'enfant posés sur la table et l'existence d'une asymétrie, même marquée, dont la réalité était prouvée à l'amiable par une mensuration précise au centimètre ne leur sautait pas aux yeux. La mensuration démontrera que simultanément à l'écart de la longueur du doigt asymétrique, les distances qui séparent les pulpes des doigts voisins avec la pulpe du doigt asymétrique, sont également différentes au point de vue de leurs dimensions.

Cette dystrophie est accompagnée souvent par d'autres écarts de l'état normal plus ou moins faciles à observer, tant au point de vue statique que dynamique.

Joseph Ja..., âgé de 11 ans se trouve soumis à notre observation depuis l'âge de 2 ans, c'est-à-dire depuis 9 ans. La première fois il fut amené par sa mère, pour des convulsions dont il souffrait depuis un an (agitation motrice croissante) et pour de l'insomnie. Le traitement subi jusqu'à cette époque demeurait sans résultats. Les antécédents familiaux faisaient constater : une syphilis acquise chez le père et 6 fausses couches du côté maternel.

L'examen de l'enfant démontrait, en dehors d'une agitation motrice marquée, un arrêt de croissance, de la microcéphalie, un crâne natiforme, de la dilatation des veines de la tête et du thorax, l'absence de l'apophyse xyphoïde du sternum. Les Wassermann de l'enfant et de la mère étaient fortement positifs. Le diagnostic de syphilis congénitale ne faisait aucun doute. Au cours du traitement spécifique très efficace et étendu sur plusieurs années j'ai remarqué ex-post chez l'enfant une asymétrie digitale qui se traduisait par le fait que le quatrième doigt de la main gauche mesurait 5 centimètres et celui de la main droite 7 centimètres. Chez les parents les doigts ne présentaient pas d'asymétrie. Dans ce cas, la découverte tardive de l'asymétrie digitale prouvait que ce signe passe facilement inaperçu, surtout lorsqu'il est accompagné d'autres

stigmates et dystrophies caractéristiques de la syphilis. Ainsi le signe de l'asymétrie ne contribuait pas beaucoup au diagnostic de la syphilis, facile de par ailleurs.

Il en est tout autrement dans des cas où l'anamnèse faite dans le sens de la syphilis des parents et l'examen sérologique sont négatifs et quand le diagnostic de la syphilis n'est pas fondé exclusivement sur les stigmates caractéristiques de syphilis congénitale. Alors le dépistage de chaque nouvelle dystrophie constitue une nouvelle pierre qui s'ajoutent au laborieux édifice diagnostique. Ceci a de l'importance surtout au cours de maladies dont la

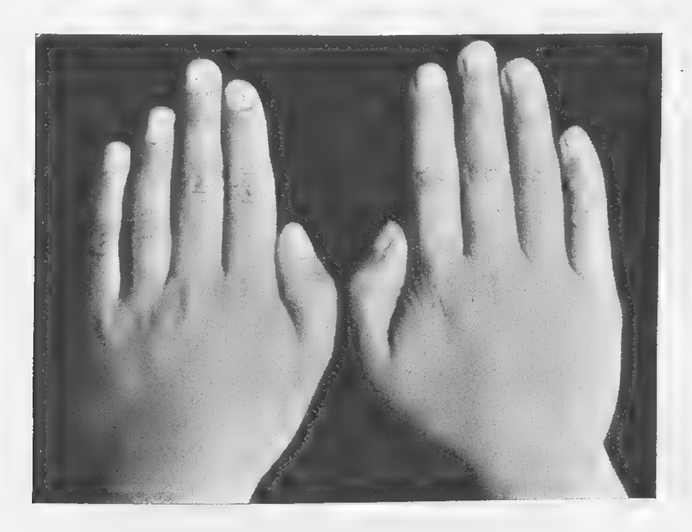


Fig. 1. — Signe de l'asymétrie digitale.

parenté avec la syphilis n'est pas reconnue toujours et par tous les auteurs, mais peut être discutée. A cette catégorie appartiennent les formes diverses de la syphilis viscérale.

Le 10 avril 1929 à la séance clinique de la Société Polonaise de Pédiatrie, j'ai présenté un cas de syphilis congénitale chez un garçon de 9 ans ayant des réactions sérologiques négatives. Le garçon présentait toute une série de dystrophies dont certaines possèdent les caractères de stigmates syphilitiques : les dents d'Hutchinson, le front olympien, la voûte palatine ogivale, le torti-

colis du côté droit, l'absence de l'apophyse xyphoïde du sternum, cryptorchidie droite, une tache pigmentaire de l'iris. Le garçon présentait également de l'asymétrie digitale.

Priesel et Wagner énumèrent toute une série de dystrophies caractéristiques pour le diabète.

Il mentionne également les anomalies concernant le petit doigt. Nous-mêmes, nous avons eu l'occasion de constater à deux reprises chez des enfants atteints de diabète le raccourcissement du petit doigt et trois fois le signe de l'asymétrie digitale. Dans tous ces cas, il s'agissait d'enfants atteints de syphilis.

Mieczyslaw F., 2 ans 1/2, numéro 29.588 du registre, est atteint de diabète typique. Les antécédents héréditaires au sujet de la syphilis et le Wassermann de l'enfant sont négatifs. Mais il a le front olympien, la tête natiforme, la cage thoracique en carène, il présente de l'hypotrophie et du mongolisme. Les ganglions épitrochléens sont hypertrophiés et les doigts sont asymétriques.

Si le mongolisme et les caractères signalés du squelette crânien sont des signes indubitables de syphilis, l'asymétrie digitale n'est qu'une modeste contribution complétant par surcroît le tableau de l'hérédité syphilitique de cet enfant.

On sait, par contre, qu'au cours de la syphilis héréditaire et bien que les antécédents familiaux et les réactions sérologiques soient positifs on peut se trouver en présence du manque total de stigmates. Alors le moindre signe de dystrophie contribue à la confirmation de notre diagnostic de syphilis.

Julie K..., âgée de 7 ans est une enfant atteinte de surdi-mutité congénitale. Elle présente de l'opacité de la cornée à la suite d'une kératite que l'ophtalmologiste a reconnu être de nature spécifique. La réaction de Wassermann de l'enfant est positive. Les parents nient la syphilis. La mère a fait trois fausses couches. L'enfant est atteinte d'eczéma rebelle. La conformation du squelette est normale. Les doigts des deux mains présentent une asymétrie des plus marquées. Ce signe fait défaut chez les parents.

Casimir H..., numéro 29.608 du registre, âgé de 8 ans. Depuis 5 mois l'enfant est atteint de diabète. Il entre à l'hôpital le 26 janvier 1932. L'interrogatoire apprend que quatre de ses frères et sœurs sont morts dans le courant de la première année. La réaction de Wassermann du père est fortement positive. La réaction de Wassermann de l'enfant est négative. On note chez lui, l'absence de stigmates syphilitiques. Les doigts cependant présentent de l'asymétrie.

Michel Ku..., âgé de 10 ans, numéro du registre 29.013, entre à l'hôpital le 30 novembre 1932. Les parents avouent la syphilis, la mère a fait cinq fausses couches. L'enfant entre pour du diabète. On remarque l'absence de l'apophyse xiphoïde du sternum, en dehors de cela, aucun stigmate ni dystrophie. Les doigts des mains présentent le signe de l'asymétrie.

Jean Kl..., âgé de 10 ans, entré le 2 octobre 1929. Il est traité à la consultation externe pour de l'insomnie, de l'anorexie et de nombreux troubles névropathiques. Le traitement neurologique ne donne aucune amélioration. La mère a fait 5 fausses couches. Le père a eu la syphilis. La réaction de Wasssrmann de l'enfant est négative, la réaction au « Luotest » est positive. L'institution d'un traitement spécifique énergique a eu un effet surprenant. Le petit malade ne présente pas de stigmates syphilitiques caractéristiques. Les doigts des mains révèlent de l'asymétrie. Chez les parents ce signe fait défaut.

Conclusion

Dans la recherche des stigmates chez les individus atteints de syphilis congénitale, il convient de prendre en considération l'examen des mains. En dehors de la syndactylie caractéristique de la syphilis, on peut rencontrer la bradydactylie, la polydactylie, les nodules de Bouchard entre les deux premières phalanges, de l'exagération de la souplesse des doigts, le signe des cercles violacés unguéaux, le raccourcissement du petit doigt ou le pouce en forme de raquette.

A ces dystrophies, il faut ajouter le signe, décrit par l'auteur, de l'asymétrie digitale qu'on rencontre chez les enfants syphilitiques dans 80 o/o de cas. Cette fréquence du signe de l'asymétrie digitale chez les individus atteints de syphilis congénitale plaide en faveur de sa valeur et de son utilité pour diagnostic de la constitution syphilitique.

Bibliographie

1. Ch. Du Bois. — *Annales de Dermat. et de Syphil.*, n° 7, 1926.
2. Gem. Mestchersky. — *The Urologic and Cutan. Rewiew,* janvier 1930,
3. Mikulowski. — *Pedjatrja Polska,* 1930, t. X, p. 393 ; *Pedjatrja Polska* 1931, t. XI, p. 53.
4. R. Priesel et. R. Wagner. — *Zeitschr. f. Kindh* , 49-419, 1930.
5. Stankiewicz Zigmunt. — *Polski Przeglad Radjologiczny,* t. XXXIX, 1930, p. 415.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mai 1933.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Pyréto et chimio-thérapie associées dans le traitement de la syphilis primaire et secondaire, par Ch. Richet fils et F. Joly. *Annales des Maladies vénériennes,* 28e année, no 5, mai 1933, p. 321.

Pour provoquer l'élévation thermique, les auteurs utilisent le Dmelcos à doses progressives, qui avait déjà été utilisé par Pasini. Si on fait la cure de Dmelcos et d'arsenic, l'hospitalisation est nécessaire. Les accès de fièvre provoqués, hebdomadaires ou bi-hebdomadaires, ne semblent pas fatiguer les malades. Il n'y a pas de phénomènes d'intolérance ni d'accidents tardifs. La thermothérapie associée à la chimiothérapie augmente l'activité du traitement. La négativation du Wassermann est obtenue plus rapidement qu'avec toutes les autres méthodes. Il n'y a cependant pas de parallélisme entre l'intensité de l'élévation thermique et la rapidité de guérison. D'autre part, on n'est pas maître, par ce procédé, du degré de fièvre qu'atteindra le sujet. H. Rabeau.

La gono-réaction et les porteurs de germes, par C. Franck. *Annales des maladies vénériennes,* 28e année, no 5, mai 1933, p. 359.

F. a pratiqué la gono-réaction chez 45 porteurs de gonocoques, et a trouvé 4 cas positifs. Tous les autres sont négatifs. Il conclut que cette réaction ne rend aucun service pour permettre d'affirmer qu'une blennorragie est guérie ou non. H. Rabeau.

Contribution à la question des chancres mous extragénitaux, par B. I. Krassnov. *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 5, mai 1933, p. 362.

Les chancres mous extra-génitaux ne sont pas d'une extrême rareté, mais prêtent souvent à des erreurs de diagnostic. K. publie l'observation d'un homme présentant une vaste ulcération occupant la face externe du pouce de la main droite contenant des bacilles de Ducrey. Le malade portait au pouce une vésicule consécutive à une brûlure à ce niveau. Il peut s'être contaminé par des objets de toilette.

H. Rabeau.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Sur les localisations nerveuses du virus lympho-granulomateux inoculé par voie péritonéale chez le singe, par C. Jonesco-Mihaiesti, A. Tupa, G. Badenski et B. Wisner. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 97e année, 3e série, t. CIX, n° 18, 9 mai 1933, pp. 652-656, 7 fig.

Parmi les altérations nerveuses constatées, les auteurs insistent sur les lésions de névrite aiguë localisée aux racines postérieures entraînant assez souvent la démyélinisation des tubes nerveux et une dégénérescence ascendante dans certains territoires des cordons postérieurs de la moelle. A. Bocage.

L'érythème noueux à la lumière d'observations damasquines, par J. Trabaud. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 97e année, 3e série, t. CIX, n° 18, 9 mai 1933, pp. 667-669.

Dans la ville de Damas, très humide, froide en hiver, l'érythème noueux est extrêmement fréquent, frappant par épidémies saisonnières surtout les enfants et les adolescents, avec prédominance des lésions aux jambes. La rareté du rhumatisme articulaire aigu, l'absence de complications tuberculeuses, la guérison en deux ou trois semaines s'opposent à ce qu'on puisse rattacher l'érythème noueux à la maladie de Bouilland, à la tuberculose ou à la syphilis et invitent à penser qu'il est dû à un virus spécifique encore inconnu. A. Bocage.

Les érythèmes interthérapeutiques du neuvième jour, par G. Milian. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 97e année, 3e série, t. CIX, n° 20, 23 mai 1933, pp. 704-711.

Ce sont des éruptions non toxiques qui peuvent se produire avec n'importe quel médicament, — arsenicaux, barbituriques, sels d'or, — absorbé par voie buccale ou parentérale.

Les premières reconnues furent morbilliformes, accompagnées d'une poussée fébrile de 48 heures et d'adénopathie : cliniquement, apparence de rubéole.

Les plus fréquentes avec le 914 sont les érythèmes scarlatiniformes avec forte fièvre pendant 3 jours ; éruption et fièvre peuvent, dans les jours qui suivent seulement, être réveillées par une nouvelle injection, mais en s'atténuant. Une angine est fréquente, et on a vu des contagions de scarlatine se produire ensuite, expliquant les séries de cas dans un même milieu, attribuées à tort par les médecins à un lot de médicaments mal préparés. Plus souvent que du réveil d'une scarlatine ancienne, il s'agit d'une scarlatine nouvelle chez des patients en voie d'immunisation spontanée en milieu épidémique.

Il existe des érythèmes morbilliformes et roséoliformes, ceux-ci répondant à une roséole infectieuse non syphilitique, et enfin des érythèmes polymorphes — que l'auteur décrit minutieusement.

Toutes ces éruptions permettent de continuer le traitement avec certaines précautions. A. Bocage.

Sur une méthode simple et efficace de prévention des accidents sériques au moyen de l'ingestion d'éphédrine, par P. P. Lévy. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 97e année, 3e série, t. CIX, no 20, 23 mai 1933, pp. 711-715.

Rappelant les excellents résultats obtenus avec l'éphédrine comme préventif de la crise d'asthme, l'auteur conseille ce médicament comme préventif des éruptions sériques. Il insiste sur la nécessité de faire prendre la première dose une heure avant l'injection de sérum et de la répéter à intervalle tout à fait régulier de huit en huit heures. Donner un centigramme par dose, de 4 à 8 ans, deux centigrammes de 8 à 9 ans, trois centigrammes de 9 à 15 ans.

Pas d'inconvénient sur 128 cas. Sur 55 cas bien observés et traités correctement, une seule éruption forte chez un sujet ayant eu antérieurement du sérum, et 7 éruptions très légères — soit 84,5 o/o de succès — alors que sans éphédrine il y a éruption dans 80 o/o des cas.

A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Ostéopathies multiples d'origine probablement syphilitique, par Guilbert et Frain. *Bulletins et Mémoires et la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, no 11, mai 1933, p. 381.

Chez un malade à Wassermann négatif, les auteurs ont constaté des lésions osseuses généralisées à tout le système locomoteur qui rappellent chacune pour son compte les diverses lésions spécifiques. Ces lésions consistent : 1° en bordures de périostite ossifiante ; 2° en condensation osseuse, avec disparition du canal médullaire et zones de raréfaction ; 3° en anomalies des segments métaphyso-épiphysaires avec déformation des épiphyses et synostoses ; 4° en exostoses au point d'insertion des tendons. Les auteurs rattachent ces exostoses au processus spécifique chez 4 malades et se demandent s'il n'y faut pas voir l'étiologie jusqu'ici imprécise de l'exostose ostéogénique. H. Rabeau.

Ostéite syphilitique latente du crâne révélée par l'hyperalbuminose isolée du liquide céphalo-rachidien, par A. Sézary et P. Hillemand. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, no 15, 15 mai 1933, p. 605.

Intéressante observation d'un homme de 39 ans qui, ayant contracté la syphilis il y a 15 ans, fut insuffisamment traité au début. Un examen du liquide céphalo-rachidien fait pour compléter l'examen clinique révèle une hyperalbuminose isolée. Cette constatation incite à faire une radiographie du crâne, qui montre une ostéite portant sur la table interne des os du crâne, qui avait évolué de façon complètement latente, sans aucun trouble subjectif ou objectif. L'examen du fond d'œil montre une légère stase papillaire. Cette observation souligne les dan-

gers des traitements trop faibles au début de la syphilis, l'insuffisance des séro-réactions pour fixer sur l'état réel des malades, la nécessité de pratiquer l'examen du liquide céphalo-rachidien pour donner des directives vraiment fondées. H. Rabeau.

Syphilis cérébelleuse. Difficulté de diagnostic, par C. I. Urechia et N. Clekes. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, no 17, mai 1933, p. 695.

Un homme de 21 ans, qui nie la syphilis, présente un syndrome cérébelleux. Le liquide céphalo-rachidien examiné montre une hyperalbuminose intense avec lymphocytose (16 éléments au millimètre cube) des réactions colloïdales partiellement positives, avec Bordet-Wassermann négatif. On penche pour le diagnostic de tumeur. L'intervention ne montre aucune tumeur. Le malade succombe deux semaines après avec des symptômes d'hypertension et de collapsus bulbaire. L'examen microscopique du cervelet montre un tissu granulomateux et des gommes miliaires occupant la substance blanche du lobe cérébelleux droit et empiétant un peu sur le vermis. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Importance des « pseudo-gonocoques » en urologie, par Barbellion. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 137e année, no 9, 12 mai 1933, p. 347.

Les pseudo-gonocoques sont des germes ressemblant au gonocoque et qu'on peut rencontrer dans les sécrétions uréthrales ou cervicales, dans l'urine. C'est surtout dans les cultures et les spermocultures qu'ils peuvent donner lieu à de fréquentes erreurs. La pyélonéphrite gonococcique, la gonococcie « génitale d'emblée » sont des diagnostics qu'on ne peut défendre s'ils se basent sur une culture sans identification complète du gonocoque. Il rappelle les caractères bactériologiques du gonocoque. Les arguments bactériologiques devront être corroborés par des arguments cliniques et sérologiques (gono-réaction).

H. Rabeau.

La Biothérapie des anthrax et des abcès, par Dupuy de Frenelle. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 137e année, no 11, 27 mai 1933, p. 375.

Pour traiter les abcès et les anthrax, l'auteur utilise une fine lame de poignard à double tranchant, qui est creuse et fait fonction d'aiguille. On peut la monter sur une seringue de 10 centicubes et ainsi ponctionner l'abcès puis pratiquer un lavage avec du bactériophage ou de l'antivirus. H. Rabeau.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

L'état où se trouve le virus syphilitique dans le névraxe des souris syphilisées par voie sous cutanée, par C. Levaditi, A. Vaisman et R. Schœn. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, n° 16, 5 mai 1933, pp. 1669-1672.

Bien que le névraxe des souris ainsi infectées soit virulent, il est impossible d'y déceler le tréponème par la méthode d'imprégnation argentique de Dieterlé que par ailleurs d'autres expériences montrent capable d'en mettre en évidence quand il y en a.

A. Bocage.

Essais d'adaptation du virus lymphogranulomateux (maladie de Nicolas-Favre) au testicule et au névraxe du lapin, par C. Levaditi, P. Ravaut et J. Levaditi. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, n° 16, 5 mai 1933, pp. 1672-1674.

L'inoculation détermine une orchite lymphogranulomateuse avec présence du virus dans le tissu testiculaire le 3e et le 12e jour, mais il n'y a ni véritable culture ni transmissibilité en série. Le virus ne s'adapte pas au névraxe du lapin. A. Bocage.

L'état où se trouve le virus syphilitique dans le névraxe des souris syphilisées par voie intracérébrale, par C. Levaditi, R. Schœn et A Vaisman. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, n° 17, mai 1933, pp. 60-63.

L'absence de tréponème dans l'encéphale virulent de la souris ainsi inoculée montre que l'agent pathogène de la syphilis comporte un cycle évolutif de deux phases au moins, l'une infra-visible, l'autre tréponémique, végétative. A. Bocage.

La valeur de l'immunisation antisyphilitique locale chez le lapin, par A. Vaisman et G. Hornus. *Comptes-rendus de la Societé de Biologie*, t CXII, n° 17, mai 1933, pp. 63-64.

Contrairement aux résultats publiés par Tatsumi, les auteurs ont tenté sans succès d'immuniser le testicule du lapin par des injections locales d'une émulsion tréponémique concentrée tuée par la chaleur et l'acide phénique. A. Bocage.

Essais d'adaptation du virus lymphogranulomateux (maladie de Nicolas-Favre) au testicule et au névraxe du cobaye, par C. Levaditi, P. Ravaut et J. Levaditi. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXII, n° 19, mai 1933, pp. 293-297.

Le virus se conserve une douzaine de jours dans les ganglions inguinaux du cobaye, une dizaine de jours dans le testicule, mais toute tentative de transmission en série ou d'adaptation au névraxe paraît vouée à l'échec. A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Paralysies oculaires isolées. par L. Babonneix et A. Miget. *Gazette des Hôpitaux,* 106e année, no 35, 3 mai 1933, pp. 645-649.

A propos de douze cas personnels observés chez des enfants, les auteurs montrent la fréquence à leur origine d'encéphalites infectieuses surtout varicelleuses ; aucun d'eux ne relevait d'hérédo-syphilis, qui d'ailleurs paraît ne produire qu'exceptionnellement des paralysies oculaires. A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

Le pouvoir photosensibilisateur du pigment chlorophyllien. Applications thérapeutiques du traitement actinique de la pelade, par C. Plagniol. *Journal de Médecine de Paris*, 53e année, no 18, 4 mai 1933, p. 390.

P. a utilisé le phototropisme particulier du pigment végétal dans un but thérapeutique. La chlorophylle des ingesta végétaux étant peu absorbée chez l'homme, il a pratiqué l'irradiation des téguments en interposant entre le foyer lumineux d'une lampe à vapeur de mercure et l'épiderme une couche assez mince de chlorophyllate de soude. Il appliquait sur les téguments déglabrés une pommade ou une solution assez concentrée de chlorophyllate. Cinq malades ont été traités avec des résultats satisfaisants qui incitent à des essais plus nombreux.

H. Rabeau.

Encore le zona et la varicelle, par G. Blechmann. *Journal de Médecine de Paris*, 53e année, no 19, 11 mai 1933, p. 417.

B. apporte une nouvelle observation de petite épidémie de varicelle consécutive à un zona. Un homme présente un zona vers le milieu de septembre; le 11 octobre, son fils fait une varicelle, le père de celui-ci a une éruption semblable le 17 octobre ; une fillette amie qui joue avec eux a à son tour une varicelle le 25 octobre. Le chauffeur de la maison et sa femme sont également atteints le 22 octobre. Pas de notion de varicelle dans le voisinage avant le zona. H. Rabeau.

Journal d'Urologie (Paris).

Du mécanisme d'action des grands lavages d'après Janet; essais de leurs applications dans les cas aigus d'épididymite blennorragique, par G. S. Epstein. *Journal d'Urologie*, t. XXXV, no 5, mai 1933, p. 403.

E. envisage dans le processus de la méthode de Janet les quatre facteurs suivants : 1° le facteur purement mécanique ; 2° le facteur thermique ; 3° l'effet bactéricide de la solution ; 4° la propriété du permanganate à causer la congestion de la muqueuse. Il en discute la valeur et montre que les bons résultats de la méthode de Janet sont dus à ce que le permanganate a la propriété d'augmenter la faculté défensive

des tissus locaux. Il est d'accord avec Janet pour montrer qu'il est indispensable de continuer le traitement local de l'urèthre lorsque se déclare une complication. H. RABEAU.

Paris Médical.

Quelques idées sur les aortites syphilitiques, par R. POINSO. *Paris Médical*, 23e année, n° 21, 27 mai 1933, pp. 465-469.

N'envisageant que l'aortite syphilitique pure sans insuffisance valvulaire, l'auteur insiste d'abord sur son pronostic franchement mauvais, ses troubles fonctionnels importants, et sa terminaison par la mort en quelques années, caractères qui s'opposent à la bénignité et à la parfaite tolérance de l'athérome des vieillards.

La rareté des aortites rhumatismales et des autres aortites infectieuses laisse à la syphilis la majeure partie des aortites pures survenant avant la cinquantaine.

Une statistique de 48 cas en donne à l'auteur à peu près 68 o/o d'étiologie syphilitique. A. BOCAGE.

Traitement électrique des angiomes caverneux. Electrolyse ou diathermie? par H. BORDIER. *Paris Médical*, 23e année, n° 21, 27 mai 1933, pp. 469-473, 7 fig.

A l'électrolyse trop lente (dix minutes) l'auteur préfère l'électrocoagulation (quelques secondes). Il conseille, parce que moins douloureuse, la méthode bipolaire, entre deux aiguilles isolées dont seule les pointes conductrices sont enfoncées dans l'angiome à quelque distance l'une de l'autre. Le doigt palpant l'angiome apprécie l'élévation de température produite. Il semble que l'opération soit très peu douloureuse ; elle ne nécessite pas d'anesthésie. L'isolement des aiguilles sur presque toute leur largueur permet de ne pas abîmer la peau qui reste intacte, hormis les deux orifices punctiformes d'introduction de l'aiguille. Les résultats sont acquis en deux ou trois séances.

A. BOCAGE.

La Presse Médicale (Paris).

De l'emploi du morrhuate de soude dans le traitement sclérosant des varices, par R. TOURNAY. *La Presse Médicale*, 41e année, n° 10, 4 février 1933, p. 192.

Le morrhuate de soude en solution à 5 o/o est un excellent agent sclérosant des veines variqueuses. Ses avantages sont : facilité d'emploi, injection de quantités minimes de solution, fluidité de cette solution ; pas de douleurs à l'injection, causticité très réduite pour les tissus péri-variqueux ; réactions consécutives en général non excessives ; pas de toxicité aux doses pratiquement utiles ; possibilité de traitement très

rapide. Ses inconvénients : produit difficile à préparer, peu stable ; la fibrose produite n'est pas toujours extrêmement ferme et solide ; les récidives sont plus fréquentes, aussi la formation de poches sanguines entre les segments sclérosés. H. RABEAU.

Radiothérapie locale du prurit anal, par A. MARIN. *La Presse Médicale*, 41e année, no 35, 3 mai 1933, p. 710.

On sait combien est décevant le traitement du prurit anal. M. insiste sur les bons résultats obtenus par la radiothérapie locale et son innocuité. Elle donne de beaux résultats dans tous les cas, quelle que soit l'étiologie du prurit, elle apporte souvent une guérison définitive. Il donne une statistique de 73 cas traités : 61 o/o guérirent en 1 ou 2 mois ; 35 o/o en 2 mois 1/2 à 4 mois. La méthode du traitement fractionnel réduit les risques au minimum. H. RABEAU.

Eczéma des fleurs chez les enfants, par J. COUTURAT. *La Presse Médicale*, 41e année, no 39, 17 mai 1933, p. 810.

A propos de quatre cas d'eczéma survenus chez des enfants de 4 à 9 ans à la suite de contact avec des bouquets de fleurs cueillis aux champs, cas publiés par Woringer, de Strasbourg, C. rappelle la fréquence de ces éruptions et le nombre des plantes en cause. K. Tonton a noté plus de 260 genres ou espèces incriminés. Tantôt l'éruption suit un premier contact, tantôt elle n'apparaît qu'à la suite de contacts longuement répétés. Les médecins californiens ont préservé de la sensibilisation au poison du *Rhus diversiloba* (*Oak dermatitis*) en faisant manger des bourgeons de la plante ou des décoctions de feuilles. Ils désensibilisent par une ou plusieurs injections sous-cutanées d'un extrait alcoolique. H. RABEAU.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Acanthosis nigricans, par M. HALTY, B. C. DELGADO et A. VOLPÉ. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. IV, no 3, mars 1933, p. 189, 8 fig.

Une petite fille de deux ans et demi présente de la pigmentation et des excroissances papillaires sur le cuir chevelu, les régions préauriculaires, la partie antérieure du cou, les membres, la partie médiane de la demi-muqueuse de la lèvre inférieure et sur le tronc. Toutes ces lésions, sauf celles de la région préauriculaire droite, sont localisées exclusivement au côté gauche du corps. Leur limite antérieure s'arrête brusquement sur la ligne médiane.

Une tumeur maligne abdominale, siégeant dans le mésentère, complète le tableau clinique.

Par ses particularités cliniques et par son caractère congénital, le cas constitue un fait à l'appui de la théorie nævique de Kyrle. On peut également l'invoquer en faveur de l'hypothèse d'Artom qui admet la

possibilité d'un caractère constitutionnel commun de prédisposition à la dermatose dystrophique et à la tumeur cancéreuse.

J. MARGAROT.

L'Algérie Médicale (Alger).

Maladie de Paget, par MONTPELLIER, PHÉLINE et LAFFARGUE. *L'Algérie Médicale*, 1933, p. 139.

Observation clinique et anatomo-pathologique d'une femme de 65 ans présentant sur le mamelon de l'aréole du sein droit une lésion rouge vernissée avec rétraction du mamelon. Histologiquement, dyskératose classique de l'épiderme, atrophie sénile fibro-kystique de la glande.

Chez cette malade donc : altérations dermo-épidermiques décrites sous le nom de maladie de Paget mais absence totale d'épithélioma glandulaire.

P. VIGNE.

Journal de Médecine de Lyon.

Les sarcoïdes syphilitiques, par J. NICOLAS, MASSIA et PÉTOURAUD. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 321, 20 mai 1933, p. 295.

Article de mise au point. La conclusion des auteurs est que les sarcoïdes ne sont pas une entité nosologique définie, mais seulement un mode de réaction des tissus, un syndrome anatomo-clinique. Pour préciser l'étiologie, seule l'épreuve thérapeutique importe, c'est la rapidité d'action du traitement qui sera l'argument important en faveur de la nature tréponémosique.

JEAN LACASSAGNE.

Schwannome intra-musculaire et myosite syphilitique, par M. FAVRE et J. DECHAUME. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 321, 20 mai 1933, p. 305.

F. et D. rapportent une observation de syphilome musculaire développé dans les masses musculaires de la face antérieure de la cuisse.

L'examen histologique révéla la nature complexe des altérations musculaires ; le muscle était envahi par une tumeur développée aux dépens des éléments cellulaires des gaines des nerfs ; il s'agit donc d'un *schwannome*.

Le cas rapporté par les auteurs présente non seulement un intérêt histologique, mais également au point de vue pathologie générale. Les lésions complexes que la syphilis suscite dans le système des muscles striés sont encore insuffisamment connues.

JEAN LACASSAGNE.

Phénomènes météoriques et dermatoses. Prurit et « vent du midi », par Jean LACASSAGNE et J. ROUSSET. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 321, 20 mai 1933, p. 317.

Dans la région lyonnaise, les plus grandes perturbations atmosphériques sont le fait du vent qui remonte la vallée du Rhône et qui est connu sous le nom de « vent du midi ».

Les auteurs ont essayé de rechercher l'influence de ce vent sur les dermatoses. Son action la plus nette s'observe sur les affections prurigineuses dont le prurit est très souvent exacerbé.

JEAN LACASSAGNE.

Les splénothérapies des dermatoses prurigineuses, par GATÉ, CHARPY et MONARD. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 321, 20 mai 1933, p. 313.

Les injections d'extraits spléniques, expérimentés par les auteurs dans 43 cas de dermatoses, dont 41 prurigineuses, leur ont donné 17 échecs, 16 guérisons complètes dont 7 avec récidives, 8 résultats partiels. Le prurit a été très nettement amélioré dans 23 cas.

Les auteurs concluent que sans avoir une supériorité évidente sur les autres méthodes employées dans les mêmes conditions, les extraits de rate sont susceptibles de rendre des services au dermatologiste.

JEAN LACASSAGNE.

Marseille Médical.

Le traitement des ulcères de jambe, par DUSAN, FLORY et SIVAN. *Marseille Médical*, Année LXX, n° 10, 5 avril 1933, p. 521.

Étude d'ensemble des moyens thérapeutiques utilisés contre les ulcères de jambe et particulièrement du procédé de Bourgraf (applications de pâtes et compression élastique).

Les auteurs apportent 34 observations minutieusement suivies accompagnées de photographies et de schémas montrant les limites successives des ulcérations et la marche de la cicatrisation. Celle-ci est toujours exceptionnellement rapide.

Cette méthode donne d'excellents résultats et paraît appelée à rendre de grands services dans la thérapeutique souvent si décevante des ulcères de jambe.

P. VIGNE.

Bulletin de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier.

Leucoplasie buccale ayant dégénéré en épithélioma, successivement en trois régions différentes au cours de huit années, par LAMARQUE et BÉTOULIÈRES. *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 5 mai 1933.

Il s'agit d'un syphilitique porteur de leucoplasie buccale ayant présenté en 1926 un épithélioma de la commissure labiale droite, en 1928, un épithélioma de la commissure labiale gauche, en 1932, un épithélioma de la langue. Chaque lésion traitée par la radiumthérapie a guéri. Actuellement apparaît une adénopathie sous-maxillaire.

Les auteurs attirent l'attention sur la difficulté de la thérapeutique spécifique chez les syphilitiques cancéreux.

P. VIGNE.

Montpellier Médical.

L'organisation de la lutte antivénérienne dans le département de l'Hérault, par Scherb. *Montpellier Médical,* 1933, p. 97.

Exposé de cette organisation dans le département de l'Hérault : Dispensaires prophylactiques, collaboration des médecins praticiens, sous la direction technique du Prof. Margarot. P. Vigne.

A propos de deux cas de nævo-carcinome, par Margarot et Lamarque. *Montpellier Médical,* 1933, p. 108.

Les auteurs rappellent à propos de deux belles observations de nævo-carcinome, les différentes théories histo-pathologiques et soulignent l'importance d'un diagnostic précoce et d'une destruction totale.

P. Vigne.

La sédation du prurit par la ponction lombaire, par Margarot et Plagniol. *Montpellier Médical,* 1933, p. 133.

Les auteurs ont pratiqué des ponctions lombaires chez 27 sujets atteints d'affections prurigineuses de nature diverse (lichen, dysidrose, prurits génitaux, prurigo, érythrodermie).

Chez la plupart d'entre eux, la sédation du prurit a été très nette, mais sauf pour 2 ou 3 elle n'a été que passagère.

La ponction lombaire paraît n'agir uniquement que sur le prurit, son action s'exerce sur le mécanisme physio-pathologique du prurit et non sur sa cause étiologique véritable.

Le prurit s'accompagne, comme l'angoisse, d'une rupture de l'équilibre vago-sympathique presque toujours en faveur du sympathique. Or, la ponction lombaire provoque également une rupture de l'équilibre, mais cette fois en faveur du vague, en effet, elle s'accompagne de baisse de la tension, d'exagération du réflexe oculo-cardiaque, de myosis et de vomissements.

La soustraction d'une petite quantité de liquide céphalo-rachidien agirait comme un facteur amphotrope à prédominance parasympathique, mais cette prédominance est elle-même variable suivant l'état du tonus neuro-végétatif général ou local.

La disparition momentanée du prurit après une rachicentèse pourrait donc être expliquée par l'excitation du para-sympathique antagoniste.

C'est donc chez les sympathicotoniques que la ponction lombaire aura le plus de chance de succès, maniée avec discernement, elle « peut procurer aux malades un réel soulagement et parfois même amener une guérison qui tardait à venir ». P. Vigne.

La Pellagre dans la région montpelliéraine, par Margarot et Plagniol. *Montpellier Médical,* 1933, p. 148.

Au cours de ces dernières années, plusieurs cas de pellagre ont été observés dans la région montpelliéraine. Tantôt il s'agit d'un syndrome

complet avec troubles cutanés, digestifs et nerveux avec évolution grave, tantôt seulement de formes frustes avec symptômes cutanés seulement.

Mais trois de ces malades présentent une paraplégie avec contracture qui paraît être de nature extra-pyramidale. D'autres signes, comme l'hypertonie, les phénomènes douloureux, les troubles oculaires, les vertiges, semblent indiquer également une atteinte légère et diffuse de l'axe cérébro-spinal, rappelant certains troubles observés dans l'encéphalite épidémique. C'est une forme clinique non encore décrite.

Les auteurs attirent particulièrement l'attention sur l'allure infectieuse de certaines manifestations de la pellagre et admettent comme pathogénie, d'abord un processus initial de carence alimentaire puis un processus secondaire de nature infectieuse, entre les deux, un facteur de déclanchement : la lumière solaire. P. VIGNE.

Les syphilides secondaires prurigineuses, par MARGAROT et LANFRANCHI. *Montpellier Médical*, 1933, p. 161.

Les syphilides secondaires peuvent être exceptionnellement prurigineuses, le plus souvent quand elles sont associées à des dermatoses prurigineuses ou déformées (impétigineuses, lichénoïdes) ou quand elles évoluent sur un terrain spécial ou commandé par des facteurs variables (troubles nerveux, intoxications, sensibilisations diverses).

P. VIGNE.

L'hyperlaxité familiale de la peau et des articulations (Syndrome de Danlos), par MARGAROT, DEVÈZE et COLL de CARRERA, 1933, p. 164.

Les auteurs apportent trois observations familiales (un père et ses deux enfants) de syndrome de Danlos (hyperélasticité de la peau, laxité de la peau et hyperlaxité articulaire, avec luxations faciles dont quelques-unes permanentes). Pour eux, ce syndrome doit prendre place dans le groupe des malformations congénitales à côté des maladies dystrophiques et plus particulièrement à côté de la maladie de Recklinghausen.

P. VIGNE.

La Loire Médicale (Saint-Etienne).

Un cas d'agranulocytose d'origine novarsénobenzolique, par CH. LAURENT. *La Loire Médicale*, n° 5, mai 1933, p. 116.

Un malade qui ne présentait aucune tare fut mis au traitement intraveineux par 914. Sept injections ne provoquèrent aucun incident. Une deuxième série d'injections fut pratiquée. La dernière piqûre de 0 gr. 90 faite le 30 mai provoqua, le 14 juin, une abondante hémorragie gingivale, accompagnée d'asthénie et de pâleur. Foie et rate non perçus. L'examen du sang montre une leucopénie intense et l'inversion de la formule leucocytaire. Malgré un traitement énergique, le malade meurt le 29 juin. JEAN LACASSAGNE.

Archiv für Dermatologie und syphilis (Berlin).

Lésions de la muqueuse buccale ressemblant à des aphtes avec présence du Bacillus crassus au cours de l'ulcus vulvæ acutum (Ueber aphtenartige Mundschleimhaut veraenderungen beim Ulcus vulvae acutum mit positivem Bac. crassus-Befund), par August Matras. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 491, 2 fig.

Observation d'un cas d'ulcère aigu récidivant de la vulve chez une jeune fille de 13 ans, accompagné d'érosions aphteuses et d'ulcérations de la muqueuse buccale. A côté de ces lésions, apparition de manifestations inflammatoires des articulations et d'un exanthème micro-papulo-pustuleux sur la face, le tronc et les extrémités. L'examen microscopique montra la présence du *Bacillus crassus* à l'état pur dans les ulcérations de la vulve et de la muqueuse buccale. Les cultures furent positives, même celles faites avec le sang de la malade. L'auteur a donc pu démontrer l'identité des germes des ulcérations génitales et des muqueuses. La présence du *Bacillus crassus* dans le sang fait conclure que l'infection de la muqueuse buccale s'est propagée par voie sanguine. Olga Eliascheff.

Moucheture de blanc héréditaire (Erbliche Weisscherckung des Menschen), par H. Guenther. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 498, 15 fig.

Description d'un type spécial de moucheture chez l'homme, moucheture de blanc limitée à certaines régions cutanées et considérée comme une lésion héréditaire dominante. Cette simple anomalie constitutionnelle ne doit être confondue ni avec les nævi, ni avec l'albinisme.

Olga Eliascheff.

Le psoriasis vulgaire de la muqueuse buccale (Die Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut), par Otto Kren. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 511, 1 fig.

Description d'un cas de psoriasis de la muqueuse buccale coexistant avec des lésions sur le corps chez un garçon de 12 ans. Les lésions se présentaient sur la muqueuse buccale sous forme de plaques légèrement saillantes, de teinte jaune-rouge brunâtre avec desquamation centrale.

Olga Eliascheff.

Sur l'hyaline dans les cylindromes (Ueber das Verhalten des Hyalins in Cylindromen), par Fr. Kogoj. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 515, 7 fig.

Description d'un nævus cylindromateux (cylindromes multiples du cuir chevelu et du corps) avec adénite régionale et présence d'hyaline dans les tumeurs. Cette dernière substance est d'origine mésenchymateuse et épithéliale. Olga Eliascheff.

Dermatite herpetiforme de Duhring (Dermatitis herpetiformis Duhring), par GERTRUD BUDLOVSKY. *Archiv für Dermatologie und syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 525.

Observation d'un cas de dermatite herpétiforme de Dühring chez une femme de 36 ans. Les recherches de l'auteur parlent en faveur d'un trouble endocrinien pour l'étiologie des dermatoses rentrant dans le groupe de la dermatite herpétiforme. OLGA ELIASCHEFF.

Un cas d'atrophie linéaire à type segmentaire poïkilodermique (Ein Fall von lineaerer poikilodermieaehnlicher Atrophie von segmentaerem Typus), par HERBERT WOSYKA. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 531, 2 fig.

Observation d'un cas d'atrophie linéaire sous forme de petites taches avec pigmentation, et ectasies capillaires et à disposition segmentaire. L'auteur exclut un nævus ainsi qu'un *lichen scrofulosorum*. Il s'agit très probablement d'un érythème suivi d'atrophie. Différentes irritations démontrèrent la labilité des vaisseaux soi-disant « nus ».

OLGA ELIASCHEFF.

Transformation d'un pemphigus septique en pemphigus vulgaire (Uebergang von Pemphigus septicus in Pemphigus vulgaris), par FRIEDRICH KALZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 537.

Observation d'un malade âgé de 63 ans atteint d'un érythème et de vésicules à disposition herpétiforme, éruption accompagnée d'une forte fièvre. Apparition d'un état septique avec néphrite et présence de staphylocoques dans le sang et dans les bulles. Défervescence brusque et guérison des bulles sans cicatrices par la trypaflavine à hautes doses. Nouvelles poussées avec la morphologie d'un pemphigus vulgaire. Le contenu des bulles et les cultures du sang restent cette fois stériles. La mort survient 8 semaines après le début, à la suite d'une pneumonie. On ne trouva à l'autopsie aucun foyer septique, mais une atrophie presque complète de la rate. Cette atrophie n'était pas en rapport avec l'éruption, mais a pu influencer le cours du processus septique. OLGA ELIASCHEFF.

Sur une lipoïdose hépatosplénomégalique avec lésions xanthomateuses de la peau et des muqueuses (Ueber hepatosplenomegale Lipoidose mit xanthomatoesen Veraenderungen in Haut und Schleimhaut), par M. BURGER et O. GRUTZ. *Archiv für Dermatologie und syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 542, 11 fig.

Travail sur le métabolisme des graisses avec observations personnelles des auteurs, examens histio-biologiques et microscopiques. Les xanthomatoses hépatosplénomégaliques décrites par B. et G. doivent être considérées, aux points de vue clinique, dermatologique, pathologique et physiologique, comme une entité morbide spéciale. Les signes essentiels de cette maladie sont les suivants : lipoïdémie de longue durée, augmentation du volume du foie et de la rate, enrouement, lésions

tumorales de la peau et des muqueuses. Toutes les lésions cliniques disparurent chez un malade par un régime pauvre en graisse, la lipoïdémie diminua, mais ne disparut pas. OLGA ELIASCHEFF.

Sur une dermatose chronique au cours du diabète vrai avec dégénérescence lipoïde spéciale des tissus élastique et conjonctif, dermatose non encore décrite (Dermatitis atrophicans lipoides diabetica) (Ueber eine bisher nicht beschriebene, mit eigentismlicher lipoider degeneration der Elastica und des Bindigewebes einhergehende chronische Dermatose bei Diabetes mellitus) (Dermatitis atrophicans lipoides diabetica), par MORITZ OPPENHEIM. *Archiv für Dermatologie und syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 576, 4 fig.

Observation d'une dermatose chez un diabétique observé pendant trois ans. L'aspect clinique de cette maladie est le suivant : début par une papule rouge, dure (premier stade). La papule s'aplatit, s'étale à la périphérie, se déprime au centre, lequel devient de teinte brillante et est au palper légèrement induré (deuxième stade) ; formation de télangiectasies ; la papule se transforme en une grande tache irrégulière, sans limites nettes dont le centre devient blanchâtre, peu brillant, plissé, aminci (troisième stade). Apparition d'un anneau brillant, infiltré et dur au toucher sur la tache et sur l'anneau de formation d'un autre anneau à la périphérie du premier, de teinte rouge, non infiltré. L'aspect clinique se distingue nettement du xanthome diabétique sous toutes ses formes cliniques. L'histologie montra un dépôt de fines gouttelettes de graisse intra- et extra-cellulaire et fasciculaire, laquelle colorée par le Sudan III, ne fut pas bi-réfringente.

OLGA ELIASCHEFF.

Amyloïdose systématisée des muscles et de la peau avec aspect de sclérodermie amyloïde (Systematisierte Haut-Muskel-Amyloidose unter dem Belde eines Skleroderma amyloidosum), par H. GOTTRON. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 584, 10 fig.

Lésions systématisées indurées de la peau et du système musculaire diagnostiquées comme sclérodermie. Augmentation tumorale de la langue, induration des muqueuses buccale et pharyngée et aphonie presque complète. L'histologie montra une masse sans aucune structure dans la presque totalité du chorion, masse définie histologiquement et chimiquement comme amyloïde. OLGA ELIASCHEFF.

Allergie trophique dans les eczémas des adultes (Trophallergie bei Ekzemen Erwachsener), par K. WYSOCKI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 639, 5 fig.

L'auteur a constaté dans 3 cas (2 cas de névrodermite et 1 cas d'eczéma) chez des adultes une allergie très prononcée plurivalente vis-à-vis des produits d'alimentation. La transmission passive d'après Prausnitz-Kustner fut complètement positive dans ces trois cas, même par la méthode intradermique de réaction à distance. Il ne fut pas possible

de démontrer, par la réaction de fixation du complément, la présence d'anticorps *in vitro*. Résultat satisfaisant obtenu avec un traitement de désensibilisation constitué par des injections intradermiques d'allergènes (œuf, poisson, pois, lentilles, haricots) et l'administration de petites doses d'allergènes par la bouche. OLGA ELIASCHEFF.

Les conditions de la circulation sanguine dans les cas de varices et leur rapports avec l'ulcère et l'eczéma des jambes (Die Kreislaufverhaeltnisse bei Varicen und ihr zusammenhang mit Ulcus und Eczema cruris), par H HAXTHAUSEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 639, 4 fig.

L'auteur a relevé la température cutanée des extrémités inférieures chez les variqueux : il conclut qu'il n'existe pas de différence notable entre l'afflux du sang des artérioles dans les capillaires dans les jambes atteintes de varices et dans les jambes normales. Les complications cutanées, fréquentes sur les jambes variqueuses, ne peuvent donc être dues à un afflux sanguin défectueux et il faut abandonner l'hypothèse d'une stase dans les capillaires pour la production des ulcères variqueux et de l'eczéma.

Les varices diminuent la faculté de vaincre, par des mouvements musculaires, la pression hydrostatique, provoquent à la suite de cette faiblesse des œdèmes et empêchent leur résorption. Là où cet état est le plus manifeste, il se forme des complications cutanées ; il faut donc admettre une relation causale entre l'œdème et les lésions cutanées.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la pathogénie de la maladie désignée sous le nom de « Lipodystrophia progressiva » (Zur Pathogenese der als « Lipodystrophia progressiva » bezeichneten Erkrankung), par Alfred PERUTZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 653, 4 fig.

Description d'un cas de lipodystrophie diffuse après une encéphalite épidermique ; les recherches sur la pathogénie de cette maladie ont montré : 1° une forte rétention du liquide absorbé, une courbe d'élimination en plateau ; 2° une résistance à la pituitrine ; 3° une augmentation du temps de résorption d'une papule urticarienne d'après la méthode de Mc Clure et Aldrich et aucune influence de la pituitrine sur la résorption d'une papule intradermique produite par le chlorure de sodium ; 4° une augmentation des corps acétoniques. A la suite de ces recherches, l'auteur conclut que la lipodystrophie n'est pas une lipopathie hormonale, mais un trouble des centres régulateurs du métabolisme de l'eau et de la graisse. La cause de ce trouble est à rechercher, d'après l'auteur, dans l'encéphalite épidémique du sujet, mais la syphilis peut aussi donner les mêmes lésions. P. propose pour cette maladie la dénomination : *Lipodystrophia cerebralis.* OLGA ELIASCHEFF.

Réticuloendothéliose leucémique aiguë avec aspect d'une lymphosarcomatose cutanée (Akute leukaemische Reticulo-endotheliose unter dem Bilde einer Lymphosarcomatosis cutis), par M. Walther et G. Strocka. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 699, 7 fig.

Les auteurs apportent la description détaillée d'un cas rentrant cliniquement dans le groupe de processus leucémiques-néoplasiques aigus à grandes cellules, désignés par S. C. Sternberg comme leucosarcomatose (et myélosarcomatose) et différents de la leucémie et du lymphosarcome. Début de la maladie par les lésions cutanées sans modification de la formule sanguine ; apparition d'une formule leucémique dix jours après le début de la maladie, la mort est survenue en six semaines. L'histologie des lésions cutanées montra une réticulo-endothéliose (Ewald) leucémique aiguë, partant des cellules adventicielles des vaisseaux cutanés et produisant par pénétration secondaire dans les voies sanguines la transformation leucémique du sang et des métastases dans les organes internes. Olga Eliascheff.

Résultats des autopsies des syphilitiques (Ueber Sektionsbefunde bei Syphilitikern), par Gustav Guldberg. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 730, 2 fig.

Sur 8.235 autopsies pratiquées pendant 35 années (1896-1930), on constata dans 481 cas des lésions organiques de nature syphilitique (5,84 o/o ; 349 sujets (parmi les 481) sont morts de syphilis (4,23 o/o). Parmi ces cas, on constata 58 p. 100 de syphilis du système vasculaire, 13,5 o/o du système nerveux central et 7 o/o de syphilis du tube digestif et de la peau. Certaines localisations de la syphilis dans les organes ont presque disparu au cours des dernières années, c'est le cas pour la peau, le tube digestif et le système osseux. On n'observe pas non plus d'augmentation de la syphilis du système vasculaire ; cette dernière était en Norvège assez fréquente avant l'introduction du salvarsan dans le traitement. Du reste, la plupart des sujets autopsiés (dans le matériel de l'auteur) n'ont subi aucun traitement.

A l'autopsie on trouva à l'examen microscopique, chez des sujets présentant une réaction de Bordet-Wassermann positive, mais sans aucun autre signe de syphilis, 4 à 15 ans après l'infection, de petits foyers spécifiques, certains contenant des tréponèmes, dans l'aorte, dans le tissu para-aortique et dans le tissu conjonctif du médiastin. Les ganglions inguinaux et mésentériques de ces sujets présentèrent microscopiquement l'aspect d'une lymphadénite chronique spécifique, et quelques-uns contenaient des tréponèmes.

Les foyers syphilitiques avec tréponèmes constatés par l'auteur, représentent probablement les foyers tréponémiques latents, point de départ des manifestations syphilitiques tardives des systèmes vasculaire et nerveux, de la peau et des organes internes. Olga Eliascheff.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Lymphangite gonococcique (Lymphangitis gonorrhoica), par Margarete Jacobitz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 18, 6 mai 1933, p. 609.

La lymphangite gonococcique, abcédée ou non, se rencontre le plus souvent comme complication de l'uréthrite aiguë. Exceptionnellement, elle peut exister en dehors de toute lésion muqueuse. Non décrite encore, la lymphangite qui prend son origine d'une arthrite. L'auteur rapporte l'observation d'une jeune femme atteinte de blennorragie uréthrale et cervicale, qui se complique d'une arthrite grave du poignet et du pied droits. Sur le bras, cordon lymphangitique et adénite axillaire. La ponction de l'articulation tibio-tarsienne montre l'existence de gonocoques. Guérison des arthrites et de la lymphangite. Aucune lésion tégumentaire capable d'expliquer cette lymphangite. Les gonocoques sont probablement passés de la synoviale dans les voies lymphatiques. L. Chatellier.

Sur le parapsoriasis aigu (Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta) (Zur Frage uber die sogenannte Parapsoriasis acuta) (Pityriasis lichenoïdes et varioliformis acuta), par L. N. Maschkilleisson et M. S. Posin. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 18, 6 mai 1933, p. 605, 2 fig.

Le groupe des parapsoriasis est constitué par des dermatoses diverses, d'étiologie et de pathogénie également diverses, qui ne sont réunis que par quelques caractères morphologiques communs. L'individualisation du parapsoriasis dit aigu se justifie, car cette affection se sépare des autres formes de parapsoriasis par des signes importants. L'évolution et l'aspect clinique de cette dermatose laisse supposer son origine infectieuse, encore inconnue.

Cette conclusion s'est offerte aux auteurs à l'occasion d'un cas où l'éruption généralisée, rapide, était constituée par des éléments papuleux et hémorragiques, par des croûtes, sans aucune manifestation subjective. L. Chatellier.

Sur le granulome télangiectasique dans le sud du pays de Bade (Ueber das Vorkommen des Granuloma telangiectaticum im südlichen Baden), par J. Petri. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 19, 13 mai 1933, p. 649, 3 fig.

Il s'agit du pseudo-botryomycome de Dor et Poncet (jadis redécouvert par Kuttner sous le nom indiqué ci-dessus). De 1921 à 1932, à l'Institut anatomo-pathologique de Aschoff, on a examiné 112 cas, dont 60 o/o chez les femmes. Les localisations habituelles ont été les gencives, les lèvres, la muqueuse nasale, les doigts, etc. Les plus gros avaient le volume d'une noisette. La maladie s'observe également dans toute l'étendue de l'Allemagne. C'est une lésion locale, une inflammation de bonne nature, de réaction qui se développe sur un traumatisme infecté,

particulièrement favorisée par la grossesse, semblable histologiquement au granulome tropical, mais différente de la verruga péruvienne et de l'angioneuromyome de Masson. Ce n'est pas un nævus.

Ch. Audry.

Auto-inoculation de la salive comme procédé de découverte du virus herpétique (Impfversuche mit Eigenspeichel zum Nachweis des Herpesvirus), par H. Hruszek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 20, 20 mai 1933, p. 677.

La salive, pour de nombreux auteurs, contient souvent et longtemps le virus de l'herpès, même après disparition des accidents cliniques.

H. a tenté chez d'anciens herpétiques et chez des individus inoculés par un virus herpétique de provoquer chez eux une réinoculation par la salive. Il a scarifié la lèvre et l'a recouverte de la salive du malade lui-même, qui avait pris soin de tenir humide sa plaie. En aucun cas, il n'a eu de réinoculation. Ses expériences ont porté sur 47 malades. Le siège du virus de l'herpès, dans les périodes latentes, n'est donc pas encore certainement connu.

L. Chatellier.

Un cas de syringocystadénome papillifère (Ein Fall von Naevus syringocystadenomatosus papilliferus (Werther)), par A. Fessler. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 20, 20 mai 1933, p. 680, 4 fig.

F. ajoute un nouveau cas classique de syringadénome papillifère (hydradénome fistulo-végétant de Civatte, Plantevin). (Aucune mention des travaux français. N. d. T.)

L. Chatellier.

Contribution à la méthode de la calcination des coupes (Beitrag zur Methode der Schnittveraschung), par A. Eliassow. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 20, 20 mai 1933, p. 683.

Cette méthode, d'application très délicate, s'emploie aussi bien avec les coupes incluses à la paraffine qu'avec les coupes par congélation. Les premières gardent cependant une structure mieux reconnaissable. Le rapport entre les cendres totales et les cendres calciques est différent selon qu'on traite des coupes à la paraffine ou à la congélation. Le résidu calcaire est cependant plus considérable avec les premières.

L. Chatellier.

Le rôle des substances « apaisantes » dans la biologie de la lumière et leur valeur thérapeutique (Die Rolle der abschwächenden Enzündungssubstanzen in der Lichtbiologie und ihre therapeutische Vensenbarkeit) par E. Rajka *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 21, 27 mai 1933, p. 705.

Une cure de lumière doit durer jusqu'à ce que les cellules soient capables de former des substances qui apaisent l'inflammation. Quand on a atteint la phase d'accoutumance, une pause est nécessaire. Cette cure de repos se prolongera jusqu'à ce que les cellules aient retrouvé

leur réaction normale. La formation de pigment n'est pas un guide, ni dans la cure active de lumière, ni dans la phase d'accoutumance.

L. Chatellier.

Lésions fonctionnelles de la thyroïde dans la syphilis secondaire floride évaluées par la réaction de Kottmann (Funktionelle Veränderungen der Schelddrüse bei florider sekundärer syphilis nach der Kottmann-Reaktion), par A. Troitzkaja. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 21, 27 mai 1933, p. 709, 1 fig.

La syphilis, on le sait, atteint dans sa phase de généralisation tout l'organisme et en particulier les glandes à sécrétion interne. Mais il est difficile d'apprécier avec précision les lésions de ces dernières. Pour la thyroïde, Kottmann a proposé une réaction basée sur le pouvoir de dispersion du sérum sur une suspension colloïdale d'iode. Depuis les travaux d'Okunew, la valeur de la réaction de Kottmann, d'abord discutée, s'est affirmée considérable. C'est à elle que T. s'est adressé. Il a examiné 100 syphilitiques et il a constaté que :

dans la syphilis primaire, 85 o/o des malades présentaient une réaction inférieure à la normale, avec une tendance à l'hypofonctionnement thyroïdien ;

dans la syphilis secondaire, 60 o/o présentaient une réaction inférieure à la normale, dont la moitié avec hypofonctionnement ; dans 12 o/o seulement, réaction dans le sens de l'hyperfonctionnement ;

dans les récidives, les réactions affaiblies s'élèvent à 65 o/o ; les réactions d'hypofonctionnement atteignent 27 o/o et les réactions d'hyperfonctionnement 8 o/o.

Il y a donc atteinte certaine de la thyroïde ; l'hypofonctionnement coïncide souvent avec un léger gonflement de la glande.

Le traitement agit heureusement sur la réaction de Kottmann, qui revient, sous son influence, à la normale. A noter que dans 56 o/o des syphilis pigmentaires, il y a hypofonctionnement thyroïdien. La tolérance de la plupart des malades à l'iode est remarquable et s'explique par l'action de l'iode sur le colloïde thyroïdien dont il accroît le pouvoir de dispersion.

L. Chatellier.

Réactions locales d'immunisation dans la cuti-réaction gonococcique (Lokale Immunisationserscheinungen bei der Gonorrhoe-Kutireaktion, 2 Mitteilung), par C. Engel et H. Grundmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 21, 27 mai 1933, p. 716.

Les auteurs, après une intradermo-réaction au Compligon, ont constaté lors d'une deuxième injection au même endroit, une réaction érythémato-urticarienne généralisée, rappelant les réactions observées après intradermo-réactions répétées de salvarsan. Mais chez leur malade, la région primitivement injectée n'offrait aucune réaction. Ils ont répété la même opération chez 31 malades, qui avaient tous réagi à une première inoculation, mais en étudiant l'influence du temps entre

la première inoculation et la réinoculation. Ils concluent qu'il existe une phase d'anergie positive, témoignant d'une augmentation des anticorps. Au bout de 48 heures, il apparaît déjà une différence entre la réaction au point déjà inoculé et la réaction d'une région saine.

L'absence de réaction au niveau du point réinoculé, alors que s'étend une éruption généralisée, s'explique par la faible quantité d'antigène transporté par le courant sanguin et résorbé. Cette méthode peut s'appliquer à l'appréciation du résultat thérapeutique de la vaccination locale. L. CHATELLIER.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur l'épidémiologie du Favus (Beiträge zur Epidemiologie des Favus) (Der Favus in Bonn und Umgebung. « Zur Epidemiologie des Favus in Deutschland »), par C. KARRENBERG. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, f. 4/5, mai 1933, p. 198.

De 1900 à 1932, à la clinique de Bonn, on a soigné 274 cas de favus (Doutrelepont en avait compté 174 de 1882 à 1901), presque tous autochtones (Rhin moyen). Dans le reste de l'Allemagne, le favus est également endémique. L'épidémicité n'est pas intense, car il n'y a pas grande augmentation dans l'Allemagne orientale qui se trouve en contact avec la Pologne où le favus est extrêmement fréquent.

CH. AUDRY.

Sur la Sébocystomatose (Ueber Sebocystomatosis), par J. PROKKEN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, f. 4/5, mai 1933, p. 415 (3 fig.).

P. rappelle brièvement les nombreux travaux antérieurs relatifs à la question des adéromes qu'il divise en 2 classes : adéromes de rétention, adéromes de néoformation. Il donne l'observation et la figure d'un homme de 48 ans dont le dos est littéralement pavé de tannes (700 environ) mélangées de comédons ; une sœur du malade présentait la même maladie. Chez l'homme le début remontait à l'âge de 12 ans, l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de kystes en rapport avec les glandes sébacées et le follicule pileux et ne contenant point de cheveux et sans orifice. Les cas sont assez rares à ce degré ; on les connaît depuis Chiari. Rafin avait déjà signalé la collatéralité ; ce sont là les cas étudiés par Dubreuilh et Auché comme kystes graisseux sudoripares, et sous le nom de maladie polykystique épidermique héréditaire par Sézary et Lévy-Coblentz. Le mot de sébocystomatose est dû à Gunther. P. pense qu'il ne faut pas confondre ces faits avec les adéromes de rétention, même multipliés. Mais cependant P. admet, avec preuves à l'appui, que dans certains cas les altérations microscopiques peuvent être à peu près identiques.

On peut observer tantôt des kystes folliculaires, tantôt des kystes sébacés. On suppose que la rétention débute par l'hyperkératose oblitérante dans l'orifice du follicule.

P. pense que les tannes vulgaires un peu multipliées ne sont rien d'autre qu'une forme fruste de sébocystomatose. Ch. Audry.

Contribution au traitement de la neurosyphilis avec le virus herpétique associé à la malaria ou au pyrifer (Beitrag zur Behandlung der Neurolues mit Herpesvirus und Malaria bzw. Pyrifer), par H. Hruszek. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, f. 4/5, mai 1933, p. 230.

Naegeli avait observé que les malades impaludés étaient plus vite et plus complètement améliorés lorsqu'ils présentaient des éruptions d'herpès. Il en avait conclu que le virus herpétique avait une action particulière et favorable. Zurukzoglu et Grünberg avaient, ensuite, vérifié le bien-fondé de cette hypothèse en inoculant le virus herpès, et en faisant suivre cette inoculation de la pyrétothérapie : bons résultats chez 5 malades atteints de syphilis cérébro-spinale.

H. ajoute les observations suivantes :

Chez un homme de 25 ans, atteint de syphilis secondaire, grosses anomalies du liquide céphalo-rachidien et sérologie sanguine positive. Inoculation du virus herpétique renouvelée à 9 jours d'intervalle, puis pyrifer, puis impaludation (10 accès). Après l'impaludation, poussée d'herpès spontanée, qui est réinoculée au malade. Après le 5e accès, poussée spontanée d'herpès labial, qui du reste se répète à chaque accès. L'examen du liquide montre, après la pyrétothérapie, la disparition de tous les signes liquidiens. La sérologie sanguine n'est pas modifiée. Pas de chimiothérapie.

La deuxième observation concerne un syphilitique tertiaire avec liquide très anormal. Inoculation herpétique ; impaludation, puis traitement par le pyrifer ; poussées herpétiques réinoculées ; réinoculation du virus herpétique. Le traitement par la malaria, le pyrifer et l'herpès avait été précédé d'une cure arséno-bismuthée. Après la pyrétothérapie, liquide à peu près normal ; mais sérologie sanguine non modifiée.

Ces faits confirment donc l'action élective du virus herpétique sur les lésions liquidiennes. Peut-être conviendra-t-il de recourir à l'inoculation herpétique dans les cas de localisations nerveuses de la syphilis, avant d'instituer le traitement médicamenteux.

L. Chatellier.

La radiothérapie dans l'hydradénite axillaire (Die Strahlenbehandlung der Hidradenitis axillaris), par H. Meyer-Buley. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, f. 4/5, mai 1933, p. 235.

L'hydradénite axillaire est favorisée par l'humidité et la macération du creux axillaire. Quelle que soit l'origine de l'infection, deux indications s'imposent : arrêter l'évolution de l'abcès et prévenir l'inflammation des autres glandes. La radiothérapie y répond de façon différente.

A la première, il faut opposer une dose de rayons capable de provoquer une réaction salutaire, mais sans violence : 10-25 o/o de la dose

érythème suffisent ; on peut répéter l'irradiation à 3 jours d'intervalle si le résultat obtenu n'est pas satisfaisant. Mieux vaut employer des doses trop faibles que des doses trop fortes dans ce dernier cas, car l'inflammation se complique de l'irritation déterminée par une irradiation trop intense.

A la seconde, conviennent des doses plus fortes : 80-90 o/o de la dose érythème, répétées 1 ou 2 fois à 2-3 jours d'intervalle, avec 3 millimètres d'aluminium ou 5 millimètres de cuivre. Il importe de ne pas employer en même temps les deux procédés.

Quand l'irradiation faible ne parvient pas à empêcher la suppuration, après ponction évacuatrice, la guérison complète se fait plus rapidement.

Il va sans dire que l'on proportionnera la dose d'irradiation et le nombre de séances à l'état du malade. Quand la suppuration est déjà faite et les foyers multiples, mieux vaut se contenter de 10 o/o de la D. E., qu'on répétera. Dans ce cas, il y a intérêt à y associer la chaleur sèche.

Dans tous les cas, c'est seulement après la guérison de l'inflammation qu'on fera l'irradiation des glandes. Le traitement local est toujours utile.

Par cette méthode, à la clinique de Cologne, 135 cas d'hydradénite ont été traités avec succès. L. CHATELLIER.

Dermatomycoses (Dermatomykosen), par D. W. SCHMIDT. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, f. 4/5, mai 1933, p. 240.

Pyodermies, diphtérie et charbon (Pyodermien, Diphterie und Milzbrand), par WUCHERPFENNING. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, f. 4/5, mai 1933, p. 262.

Vaccine, variole, alastrim, nodule des laitiers, scarlatine, rougeole, varicelles, noma, etc., par A. SCHNEIDER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, f. 4/5, mai 1933, p. 272.

Revues des travaux publiés depuis 2 ou 3 ans sur ces diverses affections. Ces travaux, accompagnés de longues bibliographies, dispenseront de bien des recherches le lecteur qui s'intéresse à cette période.

CH. AUDRY.

Fortschritte der Medizin (Berlin).

La paralysie générale, par SKALWEIT. *Fortschritte der Medizin*, 51e année, no 22, 15 mai 1933, p. 482.

Bonne revue générale, malheureusement sans bibliographie. Les facteurs individuels comportent les influences raciales (S. cite un auteur qui attribue un rôle favorisant à la vaccination antivariolique !). L'influence de la qualité du virus (neurotrope) est bien douteuse. C'est dans les réactions individuelles contre la syphilis qu'il faut probablement chercher l'origine de la maladie. CH. AUDRY.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Dermite médicamenteuse de type pemphigoïde (Dermitis medicamentosa de tipo penfigoide), par E. Alvarez Sainz de Aja. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 7, avril 1933, p. 417.

Des éruptions bulleuses observées chez deux femmes ont pu être rapportées, dans un cas, à une sensibilisation primitive et, dans l'autre, à une sensibilisation acquise vis-à-vis d'un médicament antimigraineux, le « véramon ». J. Margarot.

Le séro-diagnostic de la syphilis par la Ballung's Reaktion de Müller (M. B. R. II), récemment modifiée (El serodiagnostic de la sifilis por la reaccion Balón de Müller (M. B. R. II), recientemente modificada), par M. Hombria et J. Anglada. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n0 7, avril 1933, p. 419.

H. et A. décrivent en détail la nouvelle technique qui a permis à Müller d'améliorer sa réaction II en l'accélérant. La comparaison des résultats obtenus avec ceux de la réaction II primitive et avec ceux de la réaction de Wassermann sur 725 sérums montre qu'elle est à la fois légèrement plus sensible et plus spécifique que la M. B. R. II.

J. Margarot.

Syphilis et diabète (Sifilis y diabetes militus), par R. Gonzales Medina et Torres Estaban. *Actas dermo-sifiliograficas*, 25e année, no 7, avril 1933, p. 424.

G. M. et T. E. apportent sept observations personnelles et reproduisent les statistiques établies par divers auteurs. Ils concluent à la réalité du diabète syphilitique et fixent à 8 ou 10 o/o le pourcentage des diabètes ayant cette étiologie.

Il s'agit d'un accident syphilitique tardif, de la période tertiaire, survenant chez des malades insuffisamment traités ou ignorant leur infection.

Tout diabétique ayant des antécédents syphilitiques doit être soumis à un traitement d'épreuve prolongé. La thérapeutique, pour être efficace, doit être intense et longtemps poursuivie sans cesser d'être prudente. Les résultats obtenus par les auteurs sont très encourageants.

J. Margarot.

Quelques cas rares de dermites artificielles (Algunos casos raros de dermatitis artificiales), par Rafael Tancha-Fel. *Actas dermo-sifiliograficas*, 25e année, n0 7, avril 1933, p. 434.

R. L. apporte dix observations de dermites singulières causées par l'essence de pétrole, par des écouteurs de téléphone, par la gale des céréales, par le goudron utilisé dans la fabrication de certaines chaussures, par le savon et l'oxycyanure de mercure, par la farine, par le rembourrage végétal d'un canapé, par le cuir d'un chapeau neuf, par

une pommade mercurielle, par une pommade soufrée. La plupart de ces cas sont vraiment exceptionnels par suite des circonstances bizarres qui ont permis leur réalisation. J. Margarot.

Une forme rare de contagion de la blennorragie masculine (Un contagio raro de blennorragia masculina), par Ricardo Bertoloty. *Actas dermo-sifiliograficas*, 25e année, no 7, avril 1933, p. 440.

Une uréthrite apparaît chez un homme de 23 ans neuf jours après un contact buccal. L'identification du gonocoque a pu être faite.

R. B. a essayé d'inoculer du pus gonococcique sur la muqueuse buccale de vingt malades atteints de blennorragie aiguë. Un seul d'entre eux, dont la bouche était d'ailleurs malpropre et renfermait des dents cariées, a présenté une gingivite légère dans laquelle le gonocoque n'a pu être mis en évidence. La contagion s'explique difficilement par l'existence de lésions buccales spécifiques ; on peut admettre un saprophytisme analogue à celui du méningocoque ou un apport fugace et passager de germes qui, sans donner lieu à une réaction locale, n'en constituent pas moins un matériel infectant. J. Margarot.

Les anticorps inhibiteurs de l'antigène spécifique dans le sérum des malades atteints de lymphogranulome vénérien (Los anticuerpos inhibidores del antigeno especifico en el suero de los infermos de linfogranuloma venereo), par S. Gallego Calatayud. *Actas dermo-sifiliograficas*, 25e année, no 7, avril 1933, p. 443.

Gottlieb assure que le sérum des sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre, prélevé de trois à six mois après le début, renferme des anticorps capables d'inactiver l'antigène de Frei. Il est facile d'utiliser cette notion pour le diagnostic. Le sérum d'un malade que l'on soupçonne avoir une lymphogranulomatose vénérienne est mélangé *in vitro* à l'antigène de Frei. Une intradermo-réaction effectuée avec ce mélange chez un sujet atteint manifestement de poradénite se montre négative.

S. G. C. a utilisé ctte méthode et, à sa grande surprise, ses résultats sont en complète contradiction avec ceux de Gottlieb. Les réactions obtenues avec le mélange ont été positives. De nouvelles recherches sont nécessaires pour que l'on puisse admettre l'existence de substances inhibitrices de l'antigène de Frei dans le sérum des sujets atteints de lymphogranulomatose inguinale subaiguë. J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

La sédimentation globulaire en dermatologie (Red cell sedimentation test in dermatology), par Tulipan et Director. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, no 5, mai 1933, p. 759.

T. et D. ont étudié la sédimentation globulaire dans 115 cas dermatologiques comprenant 35 affections différentes.

La sédimentation globulaire a été habituellement normale dans le

lupus érythémateux, les affections vésiculeuses, l'érythème polymorphe. Elle était souvent augmentée dans les tuberculoses cutanées et constamment augmentée dans l'érythème noueux, la maladie de Dühring, la maladie de Hodgkin, les pemphigus. S. Fernet.

The American Journal of Syphilis (Saint-Louis).

Certains problèmes de l'infection syphilitique; existence possible de porteurs sains de Tréponèmes pâles (Certain unsolved aspects of syphilitic infection specially referring to the possible existence of spirocheta pallida carriers), par Coutts. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVII, n° 2, avril 1933, p. 161.

C. discute l'existence des porteurs de germes parmi les syphilitiques indemnes de lésions appréciables et les individus sains.

Ses expériences lui ont montré que les tréponèmes pâles restent virulents pendant quelques jours dans les tubes capillaires à la température du laboratoire. Il lui paraît donc non douteux que, lorsque des tréponèmes sont déposés dans le vagin d'une syphilitique latente et qu'ils se trouvent dans une température et dans un milieu favorables, ils doivent conserver leur virulence tout au moins aussi longtemps que dans les tubes en verre.

C. a pu constater la présence de tréponèmes actifs dans le vagin de deux prostituées, syphilitiques latentes ; en raison de la fréquence des rapports, il n'était pas possible de préciser s'ils s'y trouvaient depuis longtemps. Les examens pratiqués sur des hommes n'ont jamais révélé la présence de tréponèmes sous le prépuce, mais il est vraisemblable que le fait puisse être observé dans les mêmes conditions que chez les femmes.

C. cite une observation de chancre induré contracté avec une prostituée indemne de lésions, mais ayant un Bordet-Wassermann positif. Un autre cas de syphilis était contracté avec une prostituée indemne, elle aussi, de lésions et venant de subir un traitement arsenical.

L'existence des porteurs de germes parmi les syphilitiques latents est, par conséquent, prouvée par les faits cliniques. Elle explique certains cas de contamination par des individus apparemment sains.

S. Fernet.

L'influence du blocage réticulo endothélial et de la splénectomie sur la trypanosomiase expérimentale, sur la syphilis et sur l'action chimiothérapeutique de l'arsphénamine et de la néoarsphénamine (The influence of reticuloendothelial « blockade » and splenectomy upon experimental trypanosomiasis and syphilis and the chemotherapeutic properties of arsphenamine and neoarsphenamine), par Kolmer, Schamberg, Anna Rule et Madden. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVII, n° 2, avril 1933, p. 176.

On sait que certains produits chimiques subissent des transforma-

tions dans l'organisme et que le tissu réticulo-endothélial joue un rôle capital dans ce mécanisme. D'autre part, certains agents chimiques spécifiques ne détruisent pas directement les microbes mais agissent indirectement en stimulant la résistance de l'organisme. C'est dans le tissu réticulo-endothélial que se forment les opsonines, agents de la phagocytose ainsi que les anticorps spécifiques.

Les auteurs se sont proposé d'étudier l'évolution de certaines infections et l'action de certains médicaments après la suppression des fonctions du système réticulo-endothélial. La splénectomie ne supprimant qu'une partie de ce système, ils ont tenté de réaliser le « blocage » du système réticulo-endothélial par des injections de substances colorantes (saccharate de Fe, collargol, encre de Chine, etc.) qui, absorbées par les éléments cellulaires jusqu'à saturation, suppriment leurs fonctions ultérieures.

D'après des expériences antérieures, la splénectomie seule paraissait diminuer la résistance des animaux à la trypanosomiase et réduire l'activité de l'arsénobenzol.

Les auteurs ont réalisé le blocage partiel du système réticulo-endothélial chez des rats en pratiquant des injections intraveineuses répétées et des injections intrapéritonéales d'encre de Chine. On constatait une phagocytose intense des particules colorées dans les ganglions, le foie, la rate. A ce moment, on inoculait à ces animaux du *Tr. equiperdum* et on comparait l'évolution de l'infection avec celle des animaux non préparés.

D'une série d'expériences de ce genre, les auteurs concluent que : le blocage partiel des cellules du système réticulo-endothélial des rats par des injections intraveineuses et intrapéritonéales d'encre de Chine augmente légèrement leur résistance à l'infection par le *Tr. equiperdum* ; ce blocage partiel n'a pas d'effet appréciable sur l'action de l'arsphénamine et de la néoarsphénamine sur la trypanosomiase du rat. Le blocage partiel du système réticulo-endothélial ne modifie pas l'évolution de la syphilis expérimentale du lapin. Il ne modifie pas non plus l'activité tréponémicide de l'arsphénamine et de la néoarsphénamine. La splénectomie ne modifie pas l'évolution de la trypanosomiase chez le rat. Elle réduit, par contre, notablement l'activité de l'arsphénamine et de la néoarsphénamine sur la trypanosomiase : la dose curative minima est deux fois plus grande chez les animaux splénectomisés que chez les animaux normaux. La splénectomie ne modifie pas l'évolution de la syphilis expérimentale chez le lapin. Elle augmente l'activité spirochéticide de l'arsphénamine et de la néoarsphénamine.

Le fait important qui ressort de ces expériences, c'est que la splénectomie influence profondément l'action chimiothérapeutique des arsenicaux tandis que le blocage partiel du système réticulo-endothélial ne la modifie pas sensiblement.

S. Fernet.

La perméabilité vasculaire dans les lésions syphilitiques (The vascular permeability of syphilitic lesions), par Rosahn. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVII, n° 2, avril 1933, p. 194, 4 fig.

Série de recherches sur la perméabilité vasculaire des lésions syphilitiques du lapin après injection intra-artérielle de substances colorantes et de substances fixatrices. Tandis que le testicule normal se colore uniformément dans ces conditions, le syphilome nodulaire ne se colore pas et tranche nettement sur les tissus environnants. Cette absence de coloration coïncide avec l'existence d'endartérites oblitérantes de degrés divers. Il est probable que les agents thérapeutiques, de même que les colorants, pénètrent difficilement dans l'intérieur des lésions syphilitiques. S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

L'action spécifique de la Fouadine sur le granulome ulcéreux des organes génitaux (The specific effect of « Fouadin » on granuloma inguinale), par Williamson, Anderson, Kimbrough et Dodson. *The Journal of the American Medical Association*, vol. C, n° 21, 27 mai 1933, p. 1671.

Découverte en 1931, au Caire, par le Prof. Khalil pour le traitement de la bilharziose, la Fouadine (nom donné en l'honneur du roi Fouad) est un composé trivalent d'antimoine et de sodium qui vient remplacer le tartre stibié, pentavalent. Ce nouveau sel de Sb abrège le traitement de la bilharziose de moitié ; au contraire, le tartre stibié paraît rester plus actif dans le kala-azar.

La Fouadine en solution à 7 o/o est employée en injections intramusculaires quotidiennes à doses progressivement croissantes allant de 1,5 à 5 centimètres cubes.

Les auteurs l'ont appliquée au traitement du granulome ulcéreux des organes génitaux. Les quatorze premiers cas qui font l'objet de cet article ont guéri rapidement et sans incidents. La Fouadine s'annonce donc comme une médication spécifique, sûre et rapide, du granulome ulcéreux. S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Syringocystadenoma, par Feil et Kelley. *The Urologic and Cutaneous Review*, mai 1933, p. 302, 4 fig.

Cas de syringocystadénome remarquable par le nombre considérable des lésions et leur large distribution sur la poitrine, l'abdomen, les cuisses et le dos. S. Fernet.

Un cas de syphilis tertiaire des ganglions inguinaux (A case of tertiary syphilis of inguinal lymphatic glands), par Neumark. *The Urologic and Cutaneous Review*, mai 1933, p. 305.

N. cite, en raison de sa rareté, un cas de syphilis gommeuse des gan-

glions inguinaux chez une femme dont la syphilis était jusque-là ignorée. Dans cette observation, comme d'ailleurs dans les rares cas analogues qui ont été publiés, les gommes inguinales s'accompagnaient d'un œdème des grandes lèvres, elles constituaient l'unique manifestation d'une syphilis passée inaperçue et évoluaient dans les ganglions satellites de l'accident primitif, dont on relevait la trace sur une petite lèvre. Il semble que la réaction allergique qui se produit dans les ganglions correspondant au chancre est particulièrement intense et qu'elle peut déterminer ultérieurement cette localisation exclusive des lésions tertiaires. S. Fernet.

The British Medical Journal (Londres).

Le thiosulfate de calcium dans le traitement des complications consécutives à l'emploi du 914 et du bismuth (Calcium thiosulphate in the treatment of the complications of « 914 » and bismuth administration in syphilis), par Mc Lachlan. *The British Medical Journal*, 27 mai 1933, p. 916.

Le thiosulfate de calcium, en solution à 10 o/o, injecté quotidiennement à la dose de 5 centimètres cubes, peut remplacer avantageusement l'hyposulfite de soude dans le traitement des complications consécutives à l'emploi du novarsénobenzol et du bismuth. L. cite six observations d'intolérance au 914 ou au bismuth traités avec succès par ce sel. S. Fernet.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Le traitement du sycosis et des autres infections folliculaires de la peau (The treatment of sycosis and allied follicular infections of the skin), par Avit Scott. *The British of Dermatology and Syphilis*, vol. XLV, n° 5, mai 1933, p. 190.

Porteur lui-même d'une blépharite furonculeuse rebelle et ayant tenté tous les traitements sans succès. A. S. a fini par se guérir par le badigeonnage quotidien des paupières avec une solution aqueuse d'ichtyol à 75 o/o. La même solution lui a permis de guérir des folliculites nasales rebelles et des sycosis ; pour ces derniers, le badigeonnage ichtyolé doit être précédé d'un nettoyage de l'ouverture de toutes les pustules et d'un savonnage au savon ichtyolé. L'ichtyol pur, séché et recouvert d'ouate collée, constitue aussi le meilleur traitement des furoncles. S. Fernet.

Il Dermosifilografo (Turin).

Concentration hydrogénionique superficielle du cuir chevelu en rapport avec l'âge, par Pietro Cerutti. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 5, mai 1933, p. 229. Bibliographie.

L'importance de cette question ressort suffisamment de ce fait bien

connu de la prédilection de la teigne pour l'âge prépubère, alors qu'il est exceptionnel de la voir se développer sur le cuir chevelu des adultes. On sait d'autre part, d'après les recherches de Marchionini, que la surface cutanée présente un « manteau acide » dont la réaction oscille entre *p*H 3 et *p*H 5, mais que dans certaines régions au contraire cette réaction s'approche du point neutre ou même devient nettement alcaline (creux de l'aisselle, espaces interdigitaux, plante des pieds) et ces régions sont en effet celles qui sont le plus souvent le siège de dermatomycoses.

Dans une première série d'expériences, l'auteur a étudié la concentration hydrogénionique de la peau sur des sujets sains, dont 20 enfants de 3 à 9 ans, et 2 adultes. Une autre série de recherches a été faite sur 6 enfants atteints de favus.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

1° La concentration hydrogénionique superficielle de la peau du crâne chez les adultes, est identique ou presque à celle des autres parties du revêtement cutané. Si au lieu d'appliquer l'électromètre directement sur la pau rasée, on l'applique sur la masse des cheveux, on obtient une réaction un peu moins acide que celle de la peau sous-jacente.

2° Chez les enfants également, la concentration hydrogénionique superficielle de la peau qui revêt le crâne correspond à celle des téguments du reste de la surface du corps. La masse des cheveux cependant donne des valeurs un peu moins acides que celles de la peau sous-jacente.

3° Chez l'enfant, d'une manière générale le cuir chevelu présente une acidité un peu plus marquée que celle des adultes. Un tel phénomène semble être lié à des facteurs externes tels, par exemple, que les soins d'hygiène personnelle moins suivis.

4° La légère différence qui vient d'être signalée n'est pas en contradiction avec ce fait que les teignes se développent presque exclusivement chez les enfants. Les recherches récentes sur la biologie des hyphomycètes pathogènes ont montré que certains d'entre eux (*Microsporon Audouini* et *lanosum, Achorion Schœnleini*) n'exigent pas pour leur développement une concentration hydrogénionique du substrat organique qui s'avoisine du point neutre.

5° Enfin, chez les 6 enfants atteints de favus, la concentration hydrogénionique de la peau du crâne apparemment indemne de lésions ne présentait pas de déviation de la normale. Dans les zones qui présentaient des godets, au contraire, le taux des hydrogénions était plus élevé, et cette alcalinisation semble devoir être considérée comme une conséquence du développement du parasite. En effet, dans les cultures on a observé le fait suivant : tandis que l'Achorion acidifie le milieu de culture au début, par la suite, il détermine au contraire une réaction alcaline. BELGODERE.

Rapports entre la réaction de Rubino, la vitesse de sédimentation et les réactions sérologiques dans la lèpre, par G. Benetazzo. *Il Dermosifilografo,* 7e année, no 5, mai 1933, p. 241. Bibliographie.

Les recherches sur le sang des lépreux ont été nombreuses dans ces dernières années, mais le sujet est loin d'être épuisé. L'auteur s'est proposé comme but de recherche de faire une étude comparative entre les résultats de divers procédés d'examen habituellement utilisés, en partant de cette idée qu'un grand nombre d'entre elles ont leur base dans une altération de l'équilibre colloïdal du sang. Il a ainsi étudié le comportement de la réaction de Rubino, la vitesse de sédimentation des globules rouges, et les réactions sérologiques de Wassermann et de clarification de Meinicke sur le sang des lépreux. Il calculait comme positive la vitesse de sédimentation lorsque les globules rouges se déposaient dans le délai maximum d'une heure. Il a également recherché le comportement de la réaction de Rubino sur le liquide de bulle obtenu au moyen d'un vésicatoire en confrontant les résultats avec ceux obtenus sur le sang.

Ces recherches ont abouti aux conclusions suivantes :

1° La réaction de Rubino a donné un résultat positif dans 55 o/o des cas. Lorsqu'elle est positive, elle a une bonne valeur diagnostique.

Quand elle est négative, elle ne signifie rien. Dans la lèpre, elle se montre positive plus souvent dans les formes mixtes que dans les formes nodulaires pures.

2° L'épreuve de la vitesse de sédimentation des globules rouges a été positive dans 55 o/o des cas ; elle a une valeur très incertaine parce que son accélération ne se manifeste pas dans la lèpre, mais aussi dans divers processus pathologiques (tuberculose, etc...) et elle est influencée par diverses causes extrinsèques (maladies intercurrentes, traitements, alimentation, etc...).

3° La réaction de Rubino et la vitesse de sédimentation se comportent de la même façon, et les résultats de ses recherches ont donné à l'auteur la conviction qu'il convient d'attribuer une grande importance au point de vue du diagnostic au parallélisme des deux réactions quand, à une réaction de Rubino positive, correspond une vitesse de sédimentation complète dans un temps inférieur à une heure, parallélisme qui a été observé dans 55 o/o des cas.

4° Les épreuves sérologiques (B.-W. et M. K. R.) ont manifesté un parallélisme très net avec les deux réactions ci-dessus, lorsqu'elles étaient positives. Une seule fois il a été constaté une B.-W. et une M. K. R. positives alors que la réaction de Rubino et la vitesse de sédimentation étaient négatives.

5° Dans le liquide de bulle, la réaction de Rubino est positive lorsqu'elle est positive dans le sang.

6° D'après l'auteur, l'explication la plus plausible par laquelle on puisse expliquer la positivité de la réaction de Rubino et de la vitesse

de sédimentation est que ces deux réactions sont liées à une augmentation de la *labilité plasmatique* dans le sérum des lépreux, cette dernière à son tour étant due à un déplacement du rapport albumine-globuline en faveur de la fraction globulinique. BELGODERE.

Considérations sur l'action de l'ultravirus tuberculeux dans la pathogénie des tuberculides, par Renato de BLASIO. *Il Dermosifilografo,* 8e année, no 5, mai 1933, p. 257.

L'auteur rapporte le résultat des recherches qu'il a entreprises dans le but de contrôler les conceptions récemment formulées par Ravaut et Valtis sur la nature et la pathogénie des tuberculides.

C'est-à-dire que les manifestations cutanées d'origine tuberculeuse seraient de deux types : les unes dues au bacille de Koch, qui arrive directement à la peau, s'y localise et s'y multiplie (lupus, tuberculose verruqueuse) produisant des lésions dont la guérison nécessite une action directe, locale ; les autres dues à l'ulra-virus tuberculeux véhiculé dans le sang ; ces dernières formes sont celles que l'on réunit dans le groupe des tuberculides et qui sont susceptibles de guérison locale.

Selon l'auteur, les tuberculides ont toujours pour origine un foyer tuberculeux préexistant dans l'organisme, patent ou latent, qui déverse dans la circulation des décharges d'ultra-virus, lequel vient se fixer dans la peau, où il peut être détruit par les défenses naturelles de l'organisme ; ainsi s'expliquent les guérisons spontanées, de même que les récidives s'expliqueraient par de nouvelles décharges. Autrement dit, les tuberculides seraient dues à une *granulémie.*

De fait, chez la plupart de ses malades dont il rapporte les observations dans ce travail et qui étaient atteints de tuberculides, l'auteur a pu déceler quelque foyer tuberculeux, patent ou latent, surtout ganglionnaire (notamment dans les ganglions trachéobronchiques).

Et les résultats des recherches biologiques qu'il expose : inoculations par passages successifs, cultures, etc..., semblent bien apporter une démonstration probante des conceptions ci-dessus exposées.

BELGODERE.

La seconde réaction de clarification de Meinicke (M. K. R. II) sur le liquide céphalo-rachidien, par Filippo FRANCHI. *Il Dermosifilografo,* 8e année, no 5, mai 1933, p. 273.

L'auteur fait observer que, parmi les avantages de la M. K. R. II pour l'étude du liquide céphalo-rachidien comparativement avec le sérum du sang, il convient de faire ressortir la lecture constamment facile et claire, puisque le liquide céphalo-rachidien réalise au maximum ces conditions de limpidité, qui, unies à l'absence d'hémolyse, sont requises précisément pour les réactions de floculation, avantages qui sont tout en faveur de la spécificité de la réaction elle-même.

Les résultats obtenus jusqu'ici ne sont que provisoires, l'auteur con-

tinuant actuellement ses recherches. Dans cette première série, les recherches ont porté sur une série de 50 liquides céphalo-rachidiens.

Chez tous les sujets atteints de lésions cutanées sûrement non syphilitiques, de même que chez tous ceux qui présentaient des lésions du névraxe pour lesquelles l'étiologie syphilitique pouvait sûrement être exclue, la réaction de clarification a donné des résultats constamment négatifs.

Au contraire, chez un groupe de sujets atteints de paralysie générale ou de tabo-paralysie, les résultats ont été constamment positifs et dans un tiers des cas hyperpositifs. Dans un seul cas de tabo-paralysie, la réaction de clarification s'est montrée négative alors que le Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien était positif.

Dans un troisième groupe comprenant des sujets luétiques sans manifestations nerveuses, la réaction de clarification a donné un résultat négatif sur le liquide céphalo-rachidien, ainsi du reste que toutes les autres réactions, tandis que dans le sang elle était fortement positive.

Le nombre des cas examinés ne permet pas encore des conclusions définitives, mais il semble bien que la réaction de clarification présente des conditions parfaites de sensibilité et de spécificité qui en font un excellent moyen de diagnostic.

Il faut ajouter encore les avantages suivants : rapidité d'exécution, netteté et clarté des résultats, facilité de lecture et la très petite quantité de liquide céphalo-rachidien nécessaire. BELGODERE.

Rivista Sanitaria Siciliana (Palerme).

Sur un cas rare de bouton d'Orient unique, palpébral, simulant un épithélioma, par Egisto MORETTI. *Rivista Sanitaria Siciliana,* vol. XXI, no 4, 1933.

Après quelques généralités sur le bouton d'Orient et les leishmanioses, et une revue des cas précédemment publiés de localisation à la paupière, l'auteur rapporte l'observation d'un cas de bouton d'Orient de la paupière qu'il a eu l'occasion d'observer chez une femme de 55 ans. Cette lésion fut tout d'abord confondue avec un épithélioma et une biopsie fut pratiquée pour examen histologique et l'erreur fut ainsi reconnue, l'examen des coupes n'ayant pas montré de lésions cancéreuses, mais au contraire les lésions habituelles du bouton d'Orient dans lesquelles on pouvait reconnaître le parasite typique. La malade ne se soumit pas au traitement stibié que l'on voulait instituer ; elle disparut. Mais au bout de quatre mois, elle put être de nouveau examinée et on constata que la lésion s'était guérie spontanément à la suite de la biopsie. BELGODERE.

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

Le langage des chiffres au XVe anniversaire du Grand Octobre, par W. M. Bronner. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii* nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 1-4.

L'auteur examine les acquisitions faites par la médecine soviétique au cours des 15 années de son existence. Tout d'abord, les organes de la Santé publique ont formé des cadres de médecins vénéréologistes compétents, puis on a ouvert des dispensaires antivénériens dans les villes et les campagnes. Le nombre de ces dispensaires, qui était de 293 en 1927, s'est accru jusqu'à 453 en 1932. Les expéditions et les stations vénéréologiques, qui étaient au nombre de 388 en 1927, atteignent en 1932 le chiffre de 850. L'augmentation du nombre de ces organes de lutte antivénérienne est surtout visible dans les républiques autonomes de la périphérie de la Russie, surtout en Asie.

Pour caractériser les résultats de la lutte antivénérienne, l'auteur rapporte des chiffres illustrant la diminution des maladies vénériennes. Ainsi, à Moscou, au lieu de 20,6 o/oo de syphilitiques en 1913, on en comptait 3,16 o/oo en 1931. Les formes contagieuses ont diminué de 1,55 o/oo en 1913 à 0,53 o/oo en 1931. A Léningrad, il y avait 17 o/oo de syphilitiques en 1907 ; en 1931, on en comptait 3,1 o/oo. A Rostov-sur-le-Don, il y avait 32,48 o/oo de syphilitiques en 1914 et 3,98 o/oo en 1931. Les formes contagieuses étaient dans la proportion de 3,5 o/oo en 1924 et de 0,84 o/oo en 1931. La même diminution, quoique moins nette, a été enregistrée dans les régions rurales et les républiques éloignées de l'Union Soviétique. Pour la blennorragie, il y avait à Moscou 7,7 o/oo de malades en 1926 et 4,65 o/oo en 1931. A Léningrad, on comptait 8,38 o/oo en 1927 et 3,79 o/oo en 1931. A Rostov-sur-le-Don, il y avait 28,25 o/oo de blennorragiques en 1914 et 7,49 o/oo en 1931. Partout, on constate une diminution du nombre des malades chroniques, ce qui prouve que la blennorragie est de plus en plus soignée jusqu'à la guérison. Quant au chancre mou, il y en avait 5,14 o/oo dans les villes en 1913. Or, en 1931, on en trouve 0,28 o/oo à Moscou, 0,18 o/oo à Léningrad et 0,70 o/oo à Rostov-sur-le-Don. La diminution de la prostitution saute aux yeux. Ainsi en 1914, 56,9 o/o des malades vénériens de Moscou et de Léningrad ont été infectés par des prostituées. En 1931, à Moscou, ce n'est que 9,8 o/o des vénériens qui ont été contagionnés par des prostituées.

L'auteur conclut que les résultats sont considérables et espère qu'ils ne feront que s'accentuer dans l'avenir. Bermann.

L'incapacité de travail dans les maladies cutanées et vénériennes, par M. W. Borzoff et J. N. Lirismann. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 8-9.

Après quelques données générales, l'auteur rapporte les données sta-

tistiques recueillies personnellement d'après les matériaux du premier dispensaire dermato-vénérologique de Tachkent.

En 1931, l'incapacité de travail pour cause de maladie vénérienne a été enregistrée chez 112 malades qui ont perdu au total 2.047 journées payées par la caisse d'assurance. Ces 112 malades se répartissent ainsi : blennorragie compliquée, 67 cas (1.158 journées) ; syphilis primaire active, 4 cas (85 journées) ; syphilis secondaire active, 9 cas (158 journées) ; syphilis secondaire récidivante, 4 cas (50 journées) ; syphilis tertiaire active, 14 cas (351 journées) et chancre mou, 14 cas (245 journées). Le malade vénérien a donc perdu en moyenne 18,2 journées ; le blennorragique, 17,2 ; le syphilitique, 20,8 journées et le chancrelleux, 17,4 journées. L'incapacité de travail pour cause de maladie vénérienne est donc assez élevée. D'après l'état social, ces malades se répartissent ainsi : ouvriers industriels, 52 ; journaliers, 37 ; cheminots, 3 ; miliciens, 4 et employés, 16.

L'incapacité de travail pour motif de maladie vénérienne a été étudiée sur un matériel de 21.000 malades ayant fréquenté le dispensaire durant les 3 ans de son existence (1929-1931). Du repos a été donné à 239 malades (1,13 o/o) qui ont perdu ensemble 3.377 journées de travail. Ces malades se répartissent ainsi : ouvriers industriels, 110 ; journaliers, 81 ; cheminots, 8 ; miliciens, 4 et employés, 36. C'est l'eczéma qui donne la plus longue incapacité de travail, 20,7 journées en moyenne ; ensuite viennent la dyshidrose, 18,7 journées ; l'érysipèle, 17,3 journées ; les dermatites (principalement professionnelles), 13 journées ; les brûlures, 11,6 journées ; les pyodermites, 10,5 journées ; puis les affections diverses, 13 journées. L'auteur constate que les malades consultent à un stade déjà avancé de la maladie, ce qui nécessite un traitement prolongé. D'autre part, les dermatites professionnelles sont provoquées par l'inobservation des règles hygiéniques et sanitaires élémentaires. L'auteur conclut qu'il faut améliorer les conditions sanitaires du travail des ouvriers, relever leur hygiène personnelle tant à l'usine qu'à domicile et les envoyer au médecin dès le début de leur affection.

BERMANN.

Les agents des mycoses superficielles chez les enfants de Verkhnéoudinsk et des environs (Bouriato-Mongolie), par J. F. JORNO. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 10-19.

Après une étude générale sur la distribution géographique des dermatomycètes, l'auteur rapporte ses observations personnelles recueillies en Bouriato-Mongolie. Chez les 224 enfants de 0 à 14 ans et les 508 adultes de 15 à 90 ans examinés aux alentours de la ville de Verkhnéoudinsk, il n'a pas observé de teigne favique. La trichophytie n'a été observée que dans 2 cas, chez un garçon de 5 ans et une fillette de 10 ans. Le taux des mycoses est donc de 0,9 o/oo par rapport au nombre d'enfants. Parmi les enfants de 0 à 14 ans examinés à la Consul-

tation infantile, l'auteur a trouvé 97 cas de mycoses. Parmi les 2.552 élèves de 6 à 14 ans fréquentant les écoles de Verkhnéoudinsk, il a découvert 36 cas de mycoses, donc 1,4 o/o par rapport aux élèves de la ville. Tout d'abord, c'est parmi les petits garçons que les mycoses sont le plus répandues. Les enfants d'âge préscolaire sont atteints le plus souvent à l'âge de 2 à 4 ans ; les élèves présentent le maximum des mycoses entre 5 et 12 ans. Par rapport aux nationalités, il faut noter que les enfants tartares présentent une proportion plus élevée de malades que les autres nationalités. Par rapport aux dermatomycètes, la répartition est la suivante : microsporie, 76 o/o ; trichophytie, 23 o/o et favus, 1 o/o. Dans les 3/4 des cas de microsporie, c'était le cuir chevelu qui était atteint et dans 1/4 la peau glabre. La trichophytie a toujours intéressé le cuir chevelu, mais dans quelques cas, la peau glabre et les ongles étaient aussi intéressés. La teigne favique n'était localisée qu'à la tête. La microsporie a montré dans les cultures le *Microsporon lanosum* ; la trichophytie, le *Trichophyton violaceum* et le favus, l'*Achorion Schönleini*. Les cultures ont été faites sur divers milieux, mais principalement sur le milieu de Sabouraud. L'auteur insiste sur la grande vitalité des dermatomycètes, car ces agents poussaient sur les milieux au bout même de 18 mois de conservation des cheveux et squames dans des enveloppes de papier.

L'auteur insiste sur la grande fréquence de la microsporie en Bouriato-Mongolie, alors qu'elle est une rareté pour le reste de la Russie où domine la trichophytie. En outre, il est intéressant de noter que la ville est plus affectée par les dermatomycoses que la campagne en Bouriato-Mongolie. BERMANN.

La radiothérapie indirecte dans les affections cutanées. La radiothérapie indirecte du lichen ruber plan, par L. N. MASCHKILLEISSON et L. A. FELDMANN. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 30-36.

Après un aperçu général de la radiothérapie indirecte dans les maladies cutanées, en général, les auteurs rapportent leurs résultats personnels. Ils ont traité 19 cas de *lichen ruber plan* par la méthode fondamentale de Gouin. Mais les auteurs ont un peu modifié sa technique. Tout en irradiant comme lui les régions interscapulaire et lombaire, qui sont le plus liées aux centres du système nerveux sympathique, ils donnent non pas 5 H. par champ et sans filtre, mais seulement 2 H. et avec filtre d'aluminium de 3 millimètres. Une série se divisait en 3 séances faites tous les 20 jours. Entre les séries, les auteurs mettaient un intervalle d'au moins 2 mois. Presque dans tous les cas, une série a pleinement suffi à la guérison. En cas de localisation aux membres supérieurs ou à la partie supérieure du tronc ou à la tête, les auteurs n'irradiaient que la région interscapulaire ; en cas de localisation aux membres inférieurs ou aux organes génitaux, seulement la région lombaire.

Parmi les 19 malades des auteurs, il y avait 9 hommes et 10 femmes, âgés de 22 à 62 ans et la durée de l'affection chez eux était de 3 mois à 26 ans. Leur maladie avait été rebelle à tous les traitements antérieurs. Dans 17 cas, l'affection était disséminée et dans 2 cas circonscrite. Le prurit cesse déjà après une ou deux séances, le processus cutané s'améliore rapidement et guérit le plus souvent après 3-4 séances. Le lichen disséminé est mieux influencé que le lichen circonscrit qui se montre plus tenace, surtout s'il siège aux organes génitaux. Les auteurs n'ont enregistré aucune réaction désagréable ni aucune récidive, quoique certains malades aient été examinés 6 mois après la guérison. Aucun autre traitement n'a été employé concurremment avec les rayons X. Les auteurs trouvent que la radiothérapie indirecte est la meilleure méthode de traitement du *lichen ruber plan* et ils expliquent son effet favorable par l'action sur le système nerveux sympathique. Mais cette action positive ne dit encore rien sur l'étiologie de la maladie, car les rayons X n'influencent qu'une seule ou plusieurs, mais non pas toutes les causes qui produisent ce processus cutané tenace et rebelle.

BERMANN.

Sur les diphtéroïdes cutanées, par S. BOGDANOFF et H. GAWRILOWA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 37-42.

Le malade de l'auteur est un jeune serrurier de 17 ans, issu d'une famille saine, indemne de tuberculose, de syphilis et d'alcoolisme. Il accuse en résumé de la faiblesse générale et une lésion douloureuse à l'anus, empêchant la défécation. Cette lésion douloureuse a débuté une semaine auparavant, mais depuis un an le malade souffrait d'hémorroïdes.

Rien de particulier au point de vue général. Polyadénopathie généralisée modérée. Réactions de Bordet-Wassermann et de Sachs-Georgi négatives à 2 reprises. Pirquet faiblement positif. L'anus et le périnée sont le siège d'un ulcère circonscrit et superficiel, s'étendant jusque dans le rectum ; ses dimensions sont de 12 centimètres sur 15 centimètres, fond saignant, bords mous ; l'ulcère est recouvert de membranes gris verdâtre. Les frottis et les cultures montrent un bacille court, abondant, rappelant le bacille de la diphtérie. Pour le différencier du bacille diphtéroïde, l'auteur a fait des déterminations de sa virulence par rapport au cobaye, puis des recherches sur son pouvoir fermentatif et agglutinatif. Ce bacille présente en définitive les caractères du diphtéroïde. Les traitements local et général par le vaccin antidiphtérique n'ont donné aucun résultat positif. Le traitement par l'auto-vaccin a guéri le malade.

L'auteur conclut à un ulcère diphtéroïde de la peau, d'autant plus que l'intradermo-réaction à l'auto-vaccin a donné un résultat positif net.

BERMANN.

Quatre cas de lupus de l'urètre chez l'homme (communication préliminaire), par A. M. Weniaminovitch et G. A. Choustéroff. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 42-45.

N'ayant trouvé aucune indication bibliographique sur le lupus de l'urèthre, les auteurs croient leurs observations personnelles curieuses et intéressantes.

Il s'agit de 4 hommes âgés de 24, 25, 26 et 35 ans. La percussion, l'auscultation et la radioscopie montrent chez tous des signes de tuberculose pulmonaire cicatrisée. Aucun d'eux ne possède d'éléments lupiques aux organes génitaux externes. Les lésions lupiques étaient localisées dans la portion distale de l'urèthre pénien, ainsi que dans le bulbe de l'urèthre. L'uréthroscope montrait nettement les particularités symptomatiques fondamentales de lupus de la peau : ses tubercules de couleur caractéristique et ses cicatrices. Le diagnostic différentiel avec l'uréthrite blennorragique chronique est facile. Le lupus uréthral est indolore et revêt une marche asymptomatique. Les malades n'avaient pas de sécrétions uréthrales, ni de douleurs à la miction. Tous pratiquaient l'onanisme et un seul d'entre eux avait eu dans le passé de rares rapports sexuels, les autres n'en ayant jamais. Ces malades étaient tous des paysans porteurs de lupus vulgaire de la face et d'autres parties des téguments. Le lupus de l'urèthre a été rencontré par hasard lors de l'uréthroscopie chez l'un d'eux, après quoi les auteurs l'ont recherché chez d'autres malades lupiques. En somme, 8 hommes malades de lupus vulgaire de la peau ont eu dans 4 cas des localisations lupiques à l'urèthre.

Bermann.

A propos de la stérilité des hommes, par A. I. Wassilieff. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 45-53.

L'auteur a procédé à l'étude de 135 actes médico-légaux relatifs à des procès en recherche de paternité intentés à des hommes au cours d'une période de 5 années (1925-1929). Les hommes incriminés étaient âgés de 20 à 81 ans ; c'est l'âge compris entre 31 et 40 ans qui est le plus fréquemment représenté, 37,7 o/o ; puis vient celui de 21 à 30 ans, 26,6 o/o ; enfin les autres âges, 35,7 o/o. Les célibataires étaient dans la proportion de 40 o/o, les sujets mariés de 60 o/o. Parmi les hommes mariés, il y avait 34,7 o/o des cas où le ménage restait stérile, malgré une longue cohabitation conjugale. Les autres hommes avaient des enfants, mais 3,8 o/o d'entre eux prétendaient être devenus stériles après des maladies antérieures. Les hommes incriminés invoquaient, comme cause de leur stérilité, des maladies vénériennes, des traumatismes et des aplasies testiculaires, et refusaient la paternité qui leur était imputée et qui eût entraîné en justice leur condamnation au paiement des aliments (pension payée à la mère de l'enfant jusqu'à la majorité de ce dernier), sauf en cas d'avis contraire de la part du médecin-expert.

Tout d'abord, l'auteur divise les malades en deux groupes : sujets à antécédents non vénériens (35 cas) et sujets à antécédents vénériens (100 cas). Chacun de ces groupes est à son tour subdivisé en plusieurs sous-groupes, suivant le caractère des signes invoqués ou constatés. L'étude du sperme se faisait après massage de la prostate et après onanisme, sauf en cas d'impossibilité de pratiquer cet acte ou en cas de refus. C'est alors que le sperme était examiné après coït avec préservatif.

Le groupe le plus nombreux et le plus intéressant était celui qui était composé par les sujets ayant eu une blennorragie compliquée (71,8 o/o des cas). Dans les cas d'épididymite double à reliquats persistants, l'azoospermie a été constatée dans 27 o/o des cas, la nécrospermie (spermatozoïdes dégénérés) dans 5,7 o/o, l'oligospermie dans 40,4 o/o et l'aptitude à la fécondation dans 26,9 o/o. Les voies spermatiques deviennent donc perméables au bout d'un certain temps, même après une épididymite double. Pour l'ensemble des sujets ayant eu une épididymite, on note une oligospermie dans 40 o/o, l'azoospermie dans 34,9 o/o, la nécrospermie dans 11,6 o/o. Si l'on compte l'influence d'autres complications blennorragiques, y compris la prostatite, on trouve que le gonocoque a provoqué la stérilité dans 39,4 o/o des cas.

L'auteur insiste sur la prudence qu'il faut manifester lors de l'établissement du fait de la stérilité masculine. Les spermatozoïdes peuvent manquer dans le sperme prélevé par massage et être présents dans le sperme éjaculé. Les examens doivent être répétés souvent à plusieurs reprises avant avis définitif. En cas de conclusions vagues, il faut mieux s'abstenir d'une réponse catégorique.

Bermann.

Les propriétés physico-chimiques de quelques antigènes, par M. I. Ravitch-Stcherbo. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 53-58.

Les propriétés physico-chimiques des antigènes sont relativement peu étudiées. L'auteur a tenté l'étude du plus grand nombre de leurs propriétés susceptibles d'être déterminées, afin de pouvoir juger de la plus grande sensibilité et de la plus grande spécificité de ces substances. Elle a établi 12 facteurs différents pour 3-4 extraits de chaque antigène obtenu par les méthodes de Kahn, Bordet-Wassermann, Sachs-Georgi et Finkelstein, et a fait en tout 165 analyses. Les conclusions de l'auteur se résument ainsi : les antigènes les plus actifs et les plus sensibles (de Kahn et de Finkelstein) possédaient : la viscosité la plus petite, la concentration d'ions hydrogène et acidité titrable les plus élevées, la concentration maximale de cholestérine, de phosphatides et d'autres substances organiques et une haute teneur de résidu sec riche en substances minérales en comparaison avec l'antigène de Bordet-Wassermann et de Sachs-Georgi.

Bermann.

A propos de la contagiosité du lupus. Un cas de lupus « familial », par S. O. Bron. *Sovietsky Vestnik Vénérotogii i Dermatologii*, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 69-70.

L'auteur décrit 2 cas de *lupus vulgaris* observés dans la même famille, chez un frère et une sœur. Les voici.

Le malade est un jeune homme célibataire, âgé de 25 ans, concierge, dont la mère et un frère présentent une tuberculose pulmonaire. Il y a 5 ans, le malade a eu des hémorragies nasales fréquentes avec croûtes, traitées sans succès. Il y a 3 ans, il a présenté un ulcère douloureux de la cloison et du fond nasal, avec Pirquet positif. Les rayons X ont guéri ces ulcères, mais depuis un an, le malade présente un processus lupique typique au bout du nez. L'ancien processus à l'intérieur du nez ne montre que des vestiges. En même temps, on constate une phtisie pulmonaire, avec Mantoux positif, Bordet-Wassermann négatif. La malade, sœur du malade précédent, et une jeune fille de 18 ans, sourde, arriérée et atteinte de tuberculose pulmonaire. Elle vit avec son frère. Depuis 3 ans, elle présente un lupus localisé au tiers inférieur de l'avant-bras gauche, de forme ronde à noyaux lupiques périphériques. La pommade pyrogallique a fortement amélioré la lésion. Pirquet positif. Bordet-Wassermann négatif. Bermann.

Urétrite gonococcique chez un petit garçon de 18 mois, par A. M. Pestéreff. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 70-71.

Le cas observé par l'auteur concerne un petit garçon de 20 mois, dont le père est Chinois et la mère est Russe. Il présente un œdème et une rougeur du prépuce avec sécrétion purulente de l'urèthre renfermant des gonocoques. La miction est fort douloureuse. L'enfant ne couchait que rarement avec les parents, d'ailleurs indemnes de blennorragie. Or, en cherchant l'origne de l'affection, l'auteur a découvert que l'enfant était victime des coutumes chinoises bizarres qui veulent que l'attention et la tendresse envers un enfant se manifestent non par un baiser, mais par un attouchement aux organes génitaux. La mère a déjà plusieurs fois protesté contre cette pratique étrange, mais les Chinois lui expliquaient qu'il n'y avait aucun mal là-dedans. Il est donc plus que probable que la contagion extra-sexuelle s'est faite par transport des gonocoques par les mains souillées d'un Chinois atteint de blennoragie et qui ont touché le pénis du petit garçon. Bermann.

Un cas de lichen ruber pemphigoïde, par S. I. Matouskoff. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 9-10, septembre-octobre 1932, pp. 71 72.

Le malade de l'auteur est un jeune homme de 18 ans, célibataire, vendeur de magasin issu d'une famille saine et indemne de tuberculose et de maladies vénériennes.

Il y a 3 ans, à la moitié droite du thorax est apparu un petit nodule

à développement progressif qui a atteint en six mois le volume d'une noix, après quoi sa croissance s'est arrêtée. Or, autour de cette tumeur, sont survenues de petites papules se vidant de temps en temps de leur contenu jaune en envahissant peu à peu les espaces intercostaux.

Actuellement, l'éruption a 17 centimètres de longueur et 7 centimètres de largeur, allant depuis le mamelon droit jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate droite. La dermatose est constituée par des vésicules dont les dimensions vont d'une tête d'épingle à une petite lentille. Elles sont irrégulières, molles, jaune brunâtre, plates et par places pseudo-papuleuses. Elles paraissent contenir un liquide clair. Leur disposition est tantôt isolée, tantôt confluente.

Rien de particulier dans les urines et le sang. L'examen histologique montre un amincissement de l'épiderme à la place de la vésicule, des papilles presque disparues ; à la couche cornée on voit par places de la parakératose ; la couche épineuse présente une altération cavitaire. La couche basale fait défaut aux endroits des vésicules. Entre l'épiderme et le derme se voient des cavités remplies de fibrine, de lymphocytes et de cellules éosinophiles. Les vaisseaux et les glandes sont entourés d'infiltration. En somme, la peau est œdématiée, ses vaisseaux sont dilatés.

La localisation le long des nerfs intercostaux permet de supposer pour l'étiologie de cette dermatose une lésion du système nerveux central.

Le cas est intéressant par sa longue durée, l'absence de signes subjectifs et le tableau clinique et histologique typique du lichen ruber pemphigoïde.

BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Diseases of the Skin, 3e édition revue et augmentée, par Robert M. B. Mac Kenna, avec 45 planches en couleur, 149 fig. dans le texte et nombreuses formules. Baillière, Tyndall and Cox, édit. Londres, 1933. Prix 20/.

C'est la troisième édition de l'excellent manuel de Mac Kenna. Cinq cents pages claires, sans vaines théories et toujours orientées vers la pratique. Des tableaux récapitulatifs montrent les points importants pour le diagnostic. De nombreuses formules sont mises à la disposition du lecteur. L'illustration dénote un effort méritoire. Les figures en noir sont bonnes et les planches en couleur sont parmi les meilleures qu'on puisse trouver, étant entendu que bien des progrès doivent encore être faits en cette matière. Clément Simon.

La sérologie de la syphilis chez les prostituées de Barcelone. Statistiques de notre service du Dispensaire officiel de la lutte antivénérienne pendant les années 1929-1930 (La serologia de la sifilis en las prostitutas de Barcelona. Estadistica de nuestro servicio en el Dispensario oficial de la lucha antivenérea : años 1929-1930).

La statistique porte sur 504 prostituées.

51 o/o d'entre elles avouent qu'elles ont eu la syphilis. 41 o/o des femmes de ce premier groupe ont des réactions sérologiques positives et 59 o/o ont des réactions négatives.

49 o/o nient toute infection tréponémique. Le Wassermann est positif chez 33 o/o d'entre elles. Le pourcentage général de réactions positives est de 37. J. Margarot.

La maladie de Recklinghausen (Neurofibromatitose), par Giovanni Lionett. Monographie de 72 pages accompagnée de 10 planches en noir. Editeur Luigi Pozzi, à Rome. Prix : 12 lire.

Cette brochure représente un tableau d'ensemble, une mise au point de l'état actuel de nos connaissances sur la maladie de Recklinghausen.

Elle comprend deux parties : une première partie didactique où sont exposées nos connaissances actuelles ; l'historique, le tableau clinique, la symptomatologie, les complications (troubles nerveux localisés, troubles intellectuels, troubles du squelette, troubles glandulaires, troubles divers et malformations variées), les formes cliniques, l'étiologie, la pathogénie, le diagnostic, l'histologie et l'anatomie pathologique, la prophylaxie et le traitement.

Dans une deuxième partie, l'auteur fait l'exposé des recherches personnelles qu'il a effectuées à propos d'un cas qui est venu à son observation, et dont il a fait une étude approfondie. C'était un cas typique, où tous les symptômes de la maladie étaient plus ou moins manifestes, d'origine congénitale et familiale, peut-être même d'origine héréditaire. L'étude histo-anatomo-pathologique a montré la présence de néoformations cutanées dérivées peut-être d'hamartomes.

L. conclut ainsi son travail : Bien que l'étude d'un seul cas clinique ne soit pas suffisante pour faire admettre ou rejeter la valeur d'une théorie, d'après l'analyse de l'abondante littérature qu'il a étudiée, d'après l'examen critique des nombreux cas observés par les différents auteurs, il croit pouvoir affirmer que la maladie de Recklinghausen est une affection d'origine congénitale, souvent latente, et qui peut se révéler sous l'influence d'une cause quelconque (infections, intoxications, souffrances physiques ou morales).

Au point de vue de l'histo-anatomie pathologique, il partage la thèse de Caillau, selon qui il n'existe pas un véritable substratum anatomique univoque, propre à cette affection.

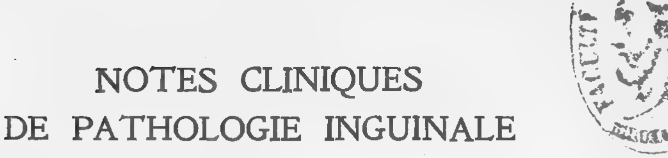
Ce travail est terminé par une très abondante bibliographie de 23 pages qui doit bien certainement ne comporter aucune omission.

BELGODERE.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD

TRAVAUX ORIGINAUX



NOTES CLINIQUES DE PATHOLOGIE INGUINALE

BUBONS CANCÉREUX D'ASPECT INFLAMMATOIRE. CELLULITES TORPIDES EN NAPPE DE L'AINE. A PROPOS DU DIAGNOSTIC DE LA PORADÉNITE INGUINALE

Par M. FAVRE

Il est banal de répéter que nous ne savons le tout de rien, et que plus on approfondit un sujet plus il laisse entrevoir de perspectives lointaines, et révèle de problèmes à résoudre. On a beaucoup étudié, dans ces dernières années, les inflammations de la région inguinale, et particulièrement celles qui se développent dans les ganglions. Elles méritent d'ailleurs toute l'attention qu'on leur porte en raison d'intéressantes particularités de leur étiologie et de leur évolution clinique.

Si la question des bubons inguinaux suscite partout aujourd'hui le plus vif et le plus légitime intérêt, je crois pouvoir trouver le point de départ de ce renouvau dans l'apparition de la maladie que j'ai décrite sous le nom de lymphogranulomatose des ganglions de l'aine. Le mot n'est pas heureux (1), aussi bien, je ne le défendrai

(1) Lors de la réunion de la séance plénière de la Société anatomique qui s'est tenue à Paris en octobre 1932, j'ai pu entendre une fois de plus, à l'occasion de la discussion du rapport dont j'avais été chargé et qui avait trait à la lymphogranulomatose maligne, les nombreuses objections que l'on peut faire à l'emploi du terme de lymphogranulomatose appliqué à la nouvelle maladie vénérienne.

Les critiques ont été vives et parfaitement justifiées, et je me suis publiquement engagé à abandonner, sans amour-propre, un qualificatif qui peut entretenir trop facilement des confusions ; c'est la raison pour laquelle je me rallie, aujourd'hui, au terme de poradénite.

pas : je suis au contraire d'avis de l'abandonner et d'adopter le nom de Poradénite inguinale créé par mon ami Fiessinger, et qui se recommande du haut parrrainage de mon savant collègue Ravaut.

Les récents travaux que les problèmes de pathologie inguinale ont suscités, ont révélé la variété insoupçonnée des affections ganglionnaires de l'aîne. Ils nous ont montré la complexité des faits cliniques, et les difficultés que l'on rencontre souvent d'établir avec précision la nature d'une adénite inguinale. Mon attention a été depuis longtemps attirée sur ces faits.

Depuis 1904, où j'ai commencé à m'intéresser tout spécialement au diagnostic des affections inflammatoires de l'aine, cette spécialisation m'a valu d'examiner un grand nombre de malades, et de réunir sur le sujet bien des documents de divers ordres.

La bienveillance de nombreux collègues et amis m'a été très utile, et l'on verra, au cours même de ce travail, les marques de collaborations dont il m'est agréable de reconnaître le prix.

*
* *

Dans cette étude de pathologie inguinale je me propose d'attirer l'attention sur deux faits cliniques qui m'ont paru peu connus, sinon complètement ignorés ; je veux parler tout d'abord de certaines adénopathies cancéreuses qui évoluent sous le masque d'adénites subaiguës, de véritables bubons.

J'aborderai ensuite la description d'une variété très particulière d'inflammation de la région inguinale que je n'ai pas cru pouvoir définir mieux que par le qualificatif de cellulo-dermite torpide et extensive de l'aine. On trouvera plus loin, avec l'étude de l'affection, la justification de cette appellation.

Ce travail a donc trait à deux ordres de faits bien différents que l'on pourra s'étonner de trouver rapprochés ; cet étonnement cessera après l'exposé des faits cliniques.

Et tout d'abord, la variété d'adénopathie néoplasique sur laquelle je voudrais attirer l'attention présente ce caractère singulier d'en imposer pour une inflammation ganglionnaire, pour une adénite subaiguë, un bubon de l'aine.

Quant aux singulières cellulo-dermites que l'on voit épaissir, infiltrer et indurer les téguments de la région inguinale, elles sont souvent prises également pour des inflammations ganglionnaires.

L'unité de notre travail apparaît dès lors clairement : en contribution à l'histoire naturelle des maladies d'aspect inflammatoire de la région inguinale, il apporte des observations qui me paraissent présenter un réel intérêt clinique et doctrinal.

*
* *

Adénopathies cancéreuses de l'aine d'apparence primitive simulant les adénites subaiguës. Le bubon cancéreux de l'aine.

La première observation de ce type d'adénopathie cancéreuse remonte à l'année 1922. Mon ami, le docteur Payenneville m'avait, cette année-là, envoyé de Rouen, pour en faire l'examen histologique, un lot de trois ganglions inguinaux, provenant de malades pour lesquels il avait porté le diagnostic de poradénites inguinales.

Pour deux de ces cas, l'histologie confirmait l'observation clinique ; le troisième ganglion, par contre, se montrait largement infiltré par un cancer de type ectodermique.

En répondant à l'ami qui m'avait fait l'honneur de me consulter, je lui exprimais ma surprise ; je lui demandais si quelque erreur n'avait pas été commise, et comment il se pouvait faire qu'il m'adressât, sous le diagnostic d'adénite inflammatoire du type poradénique, un ganglion néoplasique.

Voici l'observation que Payenneville m'autorise à publier : elle montre les excellentes raisons cliniques qui ont fait considérer comme adénite inflammatoire des plus légitimes, un cancer ganglionnaire.

Nous retrouverons dans cette première observation tous les caractères sur lesquels j'aurai à insister par la suite, de ces adénopathies cancéreuses inguinales d'aspect phlegmasique.

Observation I. — Obligeamment communiquée par le Dr Payenville, de Rouen.

Il s'agit d'un homme de 58 ans, représentant de commerce, que je soignais depuis deux ans pour une syphilis nerveuse, et qui, après une phase de paraplégie presque complète, avait pu, grâce au traitement, reprendre sa vie normale et voyager.

Vers le mois d'août 1928, il présenta dans la région inguino-crurale

droite une masse ganglionnaire dure, localisée uniquement de ce côté, *et ne correspondant à aucune lésion, ni des membres inférieurs, ni des organes génitaux, ni de l'anus.* Cette lésion resta stationnaire pendant environ un mois, puis apparurent d'autres masses ganglionnaires dans la fosse iliaque. En même temps, d'autres lésions ganglionnaires apparurent à gauche.

A partir de ce moment, la première lésion devient chaude, se ramollit et s'abcède, mais il s'écoule plutôt une sérosité louche que du pus bien lié.

Au fond de l'ulcération, une masse grisâtre donne un peu l'impression d'un bourbillon gommeux en voie d'évolution.

A ce moment, la masse inguino-crurale avait à peu près le volume du poing.

En raison de la bilatéralité des lésions, de leur localisation, de leur suppuration et de l'extension au bassin, je pensai à une poradénite, et je conseillai au malade d'entrer à l'hôpital dans un service de chirurgie afin que l'on puisse tenter l'ablation. A aucun moment je n'avais noté d'ulcération adénogène.

Il fut opéré le 1er décembre 1922, par le Dr Jeanne, chirurgien des hôpitaux.

L'opération consista dans l'ablation des ganglions inguinaux droits, puis dans l'extirpation des ganglions inguinaux gauches, avec curage complet de la région.

L'examen macroscopique de la pièce montra des ganglions hypertrophiés, durs, criant sous le bistouri ; à la coupe, aspect scléreux avec quelques points blanchâtres uniformément disséminés, mais pas abcédés. Dans aucun endroit on ne constate l'existence d'abcès ganglionnaires en voie d'évolution ; ce qui domine, c'est surtout un aspect à la fois scléreux et hypertrophique.

Un fragment de ces ganglions fut envoyé au professeur Favre qui répondit le 31 janvier 1923 : « Le diagnostic de votre adénite ne prête à aucune discussion. Il s'agit d'un ganglion largement envahi par un cancer épithélial d'origine ectodermique. Au sein des boyaux néoplasiques on voit quelques globes cornés ».

Les suites opératoires furent mauvaises. Les plaies n'avaient aucune tendance à se cicatriser. Il y eut une lymphorragie très abondante et très rapidement après, un œdème éléphantiasique des bourses et de la jambe.

Le malade quitta l'hôpital le 28 décembre 1922, et mourut quelque temps après. L'autopsie ne put être faite, mais à la suite de la réponse histologique du professeur Favre, j'avais pratiqué un examen minutieux du malade, y compris un toucher rectal, et je n'ai pu trouver nulle part traces d'un épithélioma. Il semble donc qu'on a été en présence d'un épithélioma ganglionnaire primitif.

Depuis celui de M. Payenneville j'ai pu réunir trois autres cas semblables ; deux de ces observations me sont personnelles ; l'autre a été publiée à la Société de Dermatologie de Paris par mon collègue et ami M. Louste et ses collaborateurs ; je la rapporterai tout d'abord.

Observation II

Un cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë évoluant chez une femme (1).

La malade est âgée de 32 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels notoires. Elle a vu se développer en septembre 1922, une tumeur dans l'aine gauche, sans antécédent génital connu. L'adénite a augmenté de volume et a nécessité en mars dernier une incision qui a donné *issue à un mélange de pus et de sang, car elle était devenue rouge, fluctuante, et menaçait de s'ouvrir spontanément.*

En avril, l'extirpation chirurgicale de toute la masse ganglionnaire avait été pratiquée et depuis lors, la plaie n'avait pas cessé de suppurer.

A l'heure actuelle, la peau de la région inguinale présente un aspect saillant, irrégulier, rouge violacé avec un certain nombre d'îlots bourgeonnants, cerclés par la cicatrice de l'opération ancienne.

La rougeur et l'infiltration se sont étendues à la grande lèvre. La palpation décèle une induration profonde, ligneuse, large de six travers de doigt, à cheval sur l'arcade crurale, allant de l'épine iliaque antéro-inférieure à la petite lèvre gauche. On a la sensation d'un bloc immobile sur les plans profonds. Cette palpation n'éveille aucune douleur. La fosse iliaque n'est pas empâtée.

La pression fait sourdre d'un grand nombre de petits pertuis, un pus visqueux par places, séreux au contraire en d'autres points.

En cherchant à la mobiliser, on sent que la masse ligneuse fait corps avec le bassin. Elle descend vers la face antéro-interne de la cuisse, comprimant les vaisseaux et donnant de l'œdème du membre inférieur.

L'examen général de la malade décèle une splénomégalie manifeste. La rate n'est pas palpable, mais est percutable sur 7 centimètres carrés.

Les divers autres groupes ganglionnaires sont indemnes.

Les poumons sont normaux ; le cœur également. On n'a rien trouvé d'anormal dans les urines.

L'état général est satisfaisant, mais on a une légère anémie (2.500.000 hématies ; 9.000 globules blancs).

(1) Louste, Thibaut et Chavany. Un cas de lymphogranulomatose subaiguë évoluant chez une femme. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie,* pp. 340-343. Année 1923.

La température fait de temps en temps des crochets autour de 38°, avec des poussées fébriles plus marquées depuis 8 jours.

Les réactions de Wassermann et de Hecht ont été négatives.

L'examen du pus a montré une flore microbienne banale avec un grand nombre de polynucléaires altérés.

La recherche du bacille de Ducrey et des amibes a été négative.

Le pus séreux ne présente pas d'éléments figurés.

Il nous semble s'agir ici d'un cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë qui nous paraît assez typique au point de vue clinique ; le temps nous a manqué pour pratiquer toutes les recherches de laboratoire nécessaires pour étayer notre diagnostic. Ces recherches sont en cours. Nous avons pratiqué une auto-inoculation ; nous avons inoculé des cobayes ; nous allons faire la biopsie.

Nous vous présentons un peu hâtivement cette malade à la présente séance, parce qu'elle est la dernière avant les vacances ; nous nous réservons de compléter notre enquête, de vous remontrer la malade à la rentrée d'octobre, et de vous apporter alors un diagnostic ferme et surtout les résultats de la thérapeutique que nous allons instituer, à base d'iode et d'émétine, réservant la radiothérapie comme adjuvant local s'il nous paraît nécessaire.

A la séance du 8 novembre 1923, M. Louste et ses collaborateurs MM. Thibaut et Vialère-Vialeix reviennent sur l'observation de la malade et apportent à la Société de Dermatologie le complément d'enquête qu'ils s'étaient engagés à lui faire. Cette fois ils présentent leur observation sous le titre suivant : « Epithélioma de la région inguino-vulvaire considéré comme une lympho-granulomatose (1).

A la séance du 12 juillet dernier, nous avons montré une malade qui présentait cliniquement les signes d'une lymphogranulomatose. Elle était entrée la veille dans notre service, et comme nous voulions la traiter de suite, nous avions pensé nécessaire de vous la montrer, bien que tous les examens de laboratoire n'aient pu être faits. A ce moment, les caractères cliniques paraissaient assez nets. Notre opinion était partagée par le professeur Jeanselme, les Drs Balzer, Hudelo.

Nous vous disions cependant que nous compléterions l'examen par les biopsies nécessaires et qu'à la rentrée, nous la présenterions de nouveau.

Les biopsies furent faites ultérieurement :

1° Sur la peau voisine des fistules ;

2° Dans la profondeur par un chirurgien après anesthésie locale.

(1) *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, année 1923, pp. 404-408.

La biopsie de la peau montre celle-ci infectée, mais sans altération de structure.

Par contre, la biopsie profonde montre qu'il s'agit d'un *épithélioma spino-cellulaire typique ;* on trouve de larges boyaux épithéliaux séparés par un mince stroma conjonctif et, par places, des globes typiques.

Les cellules sont assez régulières, nullement monstrueuses et leur noyau unique a des dimensions à peu près normales.

Il n'existe pas de tissu lymphoïde.

Nous avions donc, et en bonne compagnie, fait une erreur de diagnostic.

La lymphogranulomatose ne peut pas être établie avec la clinique seulement.

Les signes cliniques décrits et connus peuvent s'appliquer à d'autres affections.

Devant ce diagnostic établi, il n'existait pas de traitement médical et cependant nous avons continué l'émétine sans résultat...

Un point resterait à éclaircir : d'où vient cet épithélioma spino-cellulaire, et pourquoi cet aspect de lymphogranulomatose, au début et dans l'évolution ?

Le point de départ certain, nous l'avons vainement cherché. Il est vrai que l'appareil génital de la femme renferme des régions difficilement explorables, et que l'indolence de la lésion initiale a pu passer inaperçue.

Il reste une autre hypothèse, parce qu'il y a eu une phase ganglionnaire nette, que nous n'avons ni vue, ni trouvée après un curage de l'aine ; c'est de penser qu'il y aurait eu vraiment au début une infection ganglionnaire à tendance suppurative, et que secondairement l'épithélioma se serait développé et aurait envahi la région.

C'est possible, car l'évolution clinique et la suppuration spontanée à petits foyers multiples n'est guère le fait du cancer. Cela n'est qu'une hypothèse...

La malade est morte quelques semaines après cette seconde présentation : l'autopsie n'a pu être faite.

Observation III. — Service de M. Favre, Hôtel-Dieu de Lyon.

L. J..., 54 ans, entre le 19 mars 1929, dans le service du professeur Favre, avec le diagnostic d'adénite inguinale. Cette affection a commencé à se manifester en septembre 1928 : le malade s'est aperçu, par hasard, qu'il était porteur à l'aine gauche d'une petite grosseur du volume d'une noix, qui s'était développée sans occasionner de douleur notable. Dans les semaines qui suivent, *la tuméfaction grossit, devient sensible, la peau rougit à sa surface.*

Le malade va consulter alors un médecin qui porte le diagnostic *d'adénite subaiguë de l'aine*, et pratique dans un point qui lui paraît fluctuant, une incision par laquelle s'écoule seulement un peu de sang.

Quinze jours plus tard, le malade prend l'avis du chirurgien de l'hôpital des mines où il travaillait. Le diagnostic porté à ce moment, tenant compte de l'indolence relative de l'affection ganglionnaire, et du caractère torpide de l'inflammation, est celui de *tuberculose ganglionnaire.*

L'adénopathie paraissant bien limitée, *et semblant en imminence de fonte et d'ouverture à la peau,* le chirurgien conseille au malade une ablation qui est pratiquée quelques jours plus tard.

Mais, depuis l'opération, la plaie opératoire ne s'est jamais fermée, un bourgeonnement suspect s'est développé, et le malade s'est décidé à venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour y être soigné.

On est en présence d'un homme vigoureux, qui dit avoir légèrement maigri ; il ne tousse pas, a gardé les forces et l'appétit. On trouve dans l'aine droite une masse ganglionnaire relativement peu volumineuse, formée de ganglions durs, roulant sous le doigt ; le plus gros a le volume d'une noix, il n'existe pas de ganglions dans la fosse-iliaque droite.

A gauche, dans le pli inguinal, s'épanouit à la façon d'un champignon étalé, une masse bourgeonnante, d'un blanc rosé, qui sécrète un liquide abondant, séro-purulent. Cette masse bourgeonnante mesure environ 6 centimètres dans le sens du pli inguinal sur 4 centimètres perpendiculairement à ce pli.

Tout autour de la base d'insertion de ce champignon, la peau est rouge, mais ne montre aucune infiltration de caractère suspect. Par contre, la palpation profonde révèle dans le pli inguinal une induration ligneuse, adhérente, à limites imprécises. On ne trouve pas d'autres ganglions aux divers carrefours (aisselle, région cervicale).

L'état général est bon ; l'examen viscéral est négatif. On constate sur le front, une éruption papulo-pustuleuse formée d'un petit bouquet d'éléments acnéiformes, qui ne paraissent pas avoir d'autre signification que celle d'une inflammation sébacée commune. Le malade n'accuse aucun prurit.

Le 6 avril. — On a fait un examen histologique qui a porté sur les bourgeons de l'aine gauche, et sur un ganglion légèrement hypertrophié de l'aine droite.

Le diagnostic histologique est celui d'un cancer de type malpighien, que l'examen clinique avait permis de soupçonner, en raison du bourgeonnement de mauvaise nature qui s'est développé sur la cicatrice de l'intervention.

Le malade est à ce moment examiné avec un soin tout particulier, et l'on pratique une exploration minutieuse de toutes les surfaces cutanées et muqueuses tributaires des ganglions de l'aine. Cet examen, qui, par la suite, a été répété à plusieurs reprises, a toujours été complètement négatif.

Le malade est dès lors soumis à un traitement radiothérapique.

Le 5 mai 1929. — Le traitement radiothérapique avait d'abord paru agir très favorablement ; mais depuis quelque temps les lésions sont

stationnaires ; le bourgeonnement du pli inguinal gauche n'a pas sensiblement diminué ; dans l'aine droite est apparue une tuméfaction dure, fixée, du volume d'une noix. Il existe de l'œdème dur de la région pubienne et des bourses. Le malade maigrit, et son état général s'altère de jour en jour.

Il quitte l'hôpital dans les derniers jours de juin. Nous avons appris qu'il avait succombé à la fin de juillet, très cachectique, et que des masses dures s'étaient formées dans les deux fosses iliaques.

Observation IV (résumée). — Service de M. Favre.

P... Jean, 60 ans, cultivateur. Entre le 9 novembre 1932 à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Favre auquel il a été adressé pour des adénites inguinales. On a soulevé à leur propos le diagnostic de poradénites.

L'interrogatoire du malade apprend que les ganglions ont fait leur apparition à l'aine droite tout d'abord, au mois de mai, puis à l'aine gauche un mois plus tard. Les tuméfactions ganglionnaires ont grossi peu à peu ; à gauche, la peau est restée normale ; à droite elle a rougi depuis plusieurs semaines, et la masse ganglionnaire est devenue de ce côté légèrement, mais nettement douloureuse.

La douleur a toujours été supportable, et si le malade a dû interrompre son travail, c'est parce qu'il a maigri, pâli, et que tout effort le fatigue. Il dit n'avoir pas eu de fièvre, mais la température n'a jamais été prise régulièrement.

Il n'accuse aucun trouble particulier, il dit seulement que son appétit a beaucoup diminué et insiste sur les sensations de faiblesse déjà mentionnées...

Après l'avoir examiné, le professeur Favre fait consigner sur l'observation la note suivante :

« Le malade présente aux deux aines des tuméfactions ganglionnaires.
« A l'aine gauche, les ganglions sont durs, isolés, indolores et d'inégal
« volume ; le plus gros a la dimension d'une noix ; à droite, la masse
« ganglionnaire adhérente est plus volumineuse, elle occupe une sur-
« face plus large que la paume de la main et soulève les téguments
« de ses lobules irréguliers.

« Ces ganglions se sont développés progressivement, sans phénomènes
« fonctionnels notables, sauf une sensibilité nette de la masse adéno-
« pathique droite. D'autres particularités attirent l'attention sur l'aine
« droite. On constate, en effet, au centre de la masse adénopathique
« droite, une tuméfaction rouge, saillante, très apparente, du volume
« d'une grosse noix. La peau plutôt amincie a sur toute cette tumé-
« faction une teinte uniforme rouge violacé ; un seul ganglion, le fait
« est à noter, offre cette rougeur et cet aspect inflammatoire. Partout
« ailleurs, la masse ganglionnaire est composée de glandes dures, indo-
« lentes, recouvertes d'une peau normale.

« Au premier abord, l'aspect rappellerait un peu celui d'une poradé-

« nite, mais un examen plus approfondi révèle entre cette affection « ganglionnaire et la poradénite vraie des différences évidentes.

« Le ganglion rouge et enflammé présente partout une consistance « ferme, il est rénitent. Nulle part il ne s'y est formé de ramollisse- « ments partiels, de petits foyers collectés. Le ganglion donne la sen- « sation d'une masse compacte, charnue, uniformément tendue. Malgré « sa coloration rouge et son aspect inflammatoire, il est peu douloureux.

« Lorsqu'on lui imprime des mouvements de latéralité, on ne réveille « qu'une douleur insignifiante ; il y a là quelque chose d'analogue au « signe de l'ébranlement ganglionnaire souvent noté dans les poradé- « nites ; mais un fait très important est relevé par cette manœuvre, « la fixité de la masse ganglionnaire : elle est d'une parfaite netteté ; « une large coulée qui fuit vers la profondeur maintient étroitement « fixée la masse ganglionnaire.

« Malgré la présence d'une adénopathie iliaque bilatérale, l'aspect « partiellement inflammatoire et l'indolence relative de la tuméfaction « ganglionnaire de l'aine droite, le diagnostic de poradénite doit être « formellement rejeté ; le malade présente d'ailleurs une atteinte évi- « dente de l'état général ; il a maigri, pâli. On doit conclure à la nature « néoplasique des adénopathies dont il est atteint. »

12 novembre. — Une ponction a été faite du ganglion enflammé. Ainsi qu'il était à prévoir, on ne trouve pas de pus, mais en aspirant à plusieurs reprises on ramène dans l'aiguille une sérosité blanchâtre dont on pratique l'examen.

L'examen a révélé la présence de quelques globules rouges, de quelques polynucléaires et surtout de volumineuses cellules épithéliales présentant de nombreuses figures de karyokinèse. Aucun microbe n'est visible sur les frottis.

15 novembre. — On a extirpé un petit ganglion de l'aine gauche que *l'histologie a montré infiltré par un cancer épidermoïde de type muqueux sans formations cornées.*

On a préparé au Centre anticancéreux du professeur Bérard un extrait de ce ganglion pour un traitement biologique, la cure par les radiations ayant été jugée inapplicable.

15 décembre. — L'état général du malade a décliné rapidement. La peau qui recouvrait le ganglion enflammé s'est amincie puis ulcérée, laissant apparaître un tissu blanchâtre lardacé. Les masses adénopathiques iliaques ont considérablement augmenté de volume.

A plusieurs reprises, on a pratiqué avec le plus grand soin l'examen minutieux de tous les territoires cutanés ou muqueux tributaires des ganglions de l'aine. Ces examens sont restés négatifs. Le toucher rectal, la recherche des hémorragies occultes n'ont donné aucun renseignement.

Le malade, très affaibli, a demandé à rentrer chez lui le 20 décembre. J'ai appris (février 1933) qu'il a succombé dans un état d'émaciation

extrême et sans qu'aucun signe, jusqu'à la mort, ait pu permettre de déterminer le point de départ des adénopathies cancéreuses inguino-iliaques.

*
* *

Les quatre observations que nous rapportons sont tout à fait comparables : un de leurs caractères communs est que dans les quatre cas une même erreur de diagnostic a été commise, que l'on s'explique le plus naturellement du monde après avoir lu les observations des malades. On peut dire l'erreur inévitable, si l'on ignore qu'à la région inguinale certains cancers ganglionnaires se développent et évoluent sous le masque d'adénites inflammatoires.

Comment penser au néoplasme à la vue d'une masse ganglionnaire qui rougit, adhère à la peau, menace de s'ouvrir ou s'ouvre, et laisse couler, par des fistules multiples, un liquide séro-purulent ou franchement pyoïde ? Est-il besoin d'insister sur les difficultés de tels cas, lorsqu'on remarque que le diagnostic d'inflammation ganglionnaire s'est imposé sans discussion à des cliniciens cependant rompus à l'observation quasi-journalière des adénopathies de la zone inguinale ?

Mon ami Louste dit qu'il a commis une erreur de diagnostic « en bonne compagnie », on l'admet sans peine à la qualité de ceux qui ont partagé son opinion.

Pour trois des malades ont avait retenu le diagnostic de poradénites ; l'autre malade avait été considéré comme porteur d'adénites tuberculeuses.

Que l'on ait penché pour l'un ou l'autre de ces deux diagnostics, l'intérêt n'est pas d'en discuter ici les raisons : la vraie position de la question est différente ; quelle que soit la variété d'adénopathie inflammatoire à laquelle, dans les quatre cas, se sont arrêtés les observateurs, ils n'ont pas un instant soupçonné, et c'est là le fait important, que le diagnostic de cancer pouvait être soulevé. Ils ne reconnaissaient pas le cancer sous un pareil déguisement.

Nous pouvons donc affirmer, dès lors, qu'aux aines le cancer ganglionnaire peut prendre l'aspect d'une adénite subaiguë, d'une phlegmasie ganglionnaire, d'un bubon inflammatoire.

Ces singulières adénopathies cancéreuses ont encore, entre

autres, un caractère sur lequel il y aurait intérêt à s'arrêter, si l'objet purement clinique de ce mémoire ne m'engageait à éviter toute digression.

Il s'est agi, dans tous ces cas, de cancers ganglionnaires du type ectodermique; l'exploration minutieuse des territoires cutanés et muqueux tributaires de ces ganglions n'a donné aucun résultat. Dans aucun cas l'autopsie n'a pu être pratiquée, qui nous eut permis d'éclaircir le mystère de l'origine de ces cancers ganglionnaires.

J'ai dit de ces adénopathies néoplasiques inguinales qu'elles étaient larvées et simulaient les adénites subaiguës; les observations en apportent la preuve; je les ai qualifiées « cliniquement primitives », on en voit assez les raisons,

Pour tenter d'expliquer les caractères de ces cancers larvés, je ne crois pas que l'on puisse retenir l'hyphothèse de Louste, d'une infection ganglionnaire sur laquelle serait venu se greffer un néoplasme; c'est plutôt l'ordre inverse qui me paraît probable; mais d'où vient le néoplasme ? Invoquer l'existence à la surface des territoires cutanés ou muqueux dont les ganglions de l'aine sont tributaires d'un de ces états néoplasiques dont nous connaisons aujourd'hui de multiples formes superficielles non évolutives localement, est une hypothèse très naturelle; mais je puis affirmer que dans les deux cas au moins que j'ai personnellement observés, elle n'a pu être vérifiée.

Le point de départ de ces cancers larvés nous a jusqu'ici échappé; reste la notion clinique.

*
* *

De tels faits sont-ils connus ? Il est aisé de se convaincre qu'il n'en est rien.

Envisageant le problème du diagnostic de la poradénite d'avec les adénopathies néoplasiques inguinales, MM. Massia et J. Lacassagne (1) s'expriment ainsi : « Affections néoplasiques. Il s'agit le plus souvent d'épithéliomas; néanmoins certains sarcomes peuvent aussi donner lieu à toute une classe de ganglions à caractères très

(1) Massia (G.) et Lacassagne (J.). Diagnostic des adénopathies inguinales. *Journal de Médecine de Lyon*, 1923.

particuliers. Que la tumeur cancéreuse siège dans la sphère génitale, au niveau du membre inférieur, ou même atteigne un organe intra-abdominal, on constate des ganglions durs, multiples, d'abord mobiles, puis devenant adhérents aux plans profonds et superficiels à mesure que leur volume augmente ».

On aura remarqué que les deux auteurs ne font pas mention du type clinique d'adénopathie cancéreuse que je m'attache à décrire : l'adénopathie cancéreuse larvée d'aspect phlegmasique.

Ils paraissent admettre également que la tumeur primitive est évidente ou facilement découverte à l'examen de la région génitale, du membre inférieur, de l'abdomen ; c'est le caractère cryptogénétique de ces cancers ganglionnaires de l'aine qui est à son tour méconnu.

L'auteur des *Lettres à un médecin* (1), qui sait parer des grâces du style la plus solide doctrine, parlant du diagnostic de la poradénite, n'a pas davantage prémuni son correspondant contre cette cause d'erreur : « Les néoplasmes de la région inguinale, écrit-il, avec leurs bourgeons végétants et durs ne peuvent guère prêter à confusion, et en tout cas, la biopsie y est facile et concluante ». La remarque est juste, mais c'est bien avant la période des bourgeonnements et des végétations qu'il importe d'établir un diagnostic exact.

Dans la remarquable étude qu'il consacre à la poradénite dans le *Traité de Jadassohn*, Fischl ne fait aucune mention des adénopathies cancéreuses au chapitre du diagnostic.

Je pourrais allonger cette liste ; aussi bien je crois avoir raison de dire que la variété d'adénopathie cancéreuse simulant les adénites subaiguës est pratiquement inconnue.

Je n'ai pas été cependant surpris de l'observer, j'avais déjà fait ailleurs pareille rencontre ; j'ai signalé avec J. Nicolas, dans la thèse de mon élève Gensollen, ces formes curieuses de cancers inflammatoires et infiltrés de la face qui ressemblent tellement à l'actinomycose que l'examen histologique seul permet de porter un diagnostic exact (2).

(1) Clément Simon. *Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie*, p. 273, 1 vol. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1930.

(2) *In* thèse de L. Gensollen. Cancer aigu à type d'actinomycose cervico-faciale. *Thèse de Lyon*, 1910.

La notion de cancers d'aspect inflammatoire doit donc nous devenir familière ; ainsi avertis pouvons-nous mener à bien ces diagnostics difficiles ?

Je ne prétends pas ici donner les règles qui permettraient d'arriver à coup sûr au diagnostic et d'éviter l'erreur.

Dans les deux cas où j'ai eu à intervenir, le diagnostic exact ne présentait pas de difficultés, alors que chez le premier de mes malades s'épanouissait à la région inguinale, à la façon d'un champignon de mauvaise nature, un bourgeonnement néoplasique révélateur, développé sur la cicatrice de l'intervention.

Pour le deuxième cas, la lecture de l'observation IV donne assez les raisons du diagnostic clinique d'adénopathie cancéreuse que j'ai posé à l'encontre de celui de poradénite : la ponction ganglionnaire a permis, on l'a vu, de le confirmer d'une façon simple et sûre.

Dans ces deux cas je le répète, je n'ai eu aucun mérite, car j'ai vu les malades longtemps après le début des accidents. Aussi bien, à ces périodes tardives, les infiltrations ligneuses, les bourgeonnements, les adhérences profondes, l'œdème dur des organes voisins, les compressions vasculaires, l'évidente altération de l'état général rendent la tâche relativement aisée; c'est aux périodes de début surtout qu'un diagnostic exact et précoce aurait toute son utilité; or c'est précisément à ce moment que la difficulté de l'établir est la plus grande, et que l'aspect inflammatoire en impose davantage.

La notion clinique des adénopathies cancéreuses inguinales d'aspect phlegmasique, pour rares qu'en soient les cas, nous rendra du moins plus prudents, et nous fera, dans certains cas, retarder l'énoncé d'un diagnostic tant que ne seront pas réunies les preuves décisives sur lesquelles pourra se fonder l'affirmation.

Prévoir les difficultés et savoir douter sont autant de conditions favorables pour aborder la solution de problèmes cliniques épineux.

*
* *

Les cellulo-dermites torpides en nappe de la région inguinale.

— C'est à des accidents bien différents que je veux consacrer la deuxième partie de ce travail ; elle a trait à des inflammations

inguinales étendues, remarquables par leur localisation et leur évolution. Je n'en ai trouvé nulle part mention; j'ai eu l'occasion d'en observer trois cas.

Ce ne sont pas ici les ganglions qui sont en cause, c'est dans la peau, et surtout dans le tissu cellulaire sous-cutané que siège une inflammation dont le terme de « cellulo-dermite torpide en nappe » me paraît définir assez exactement l'aspect et les caractères.

Les circonstances ne m'ont pas permis d'étudier aussi complètement que je l'aurais souhaité, ces singulières inflammations de la région inguinale qui m'ont paru présenter un grand intérêt. Je crois devoir attirer sur elles, l'attention, convaincu que d'autres observateurs, appelés à constater des faits semblables, pourront compléter tout ce qui manque à ce premier essai.

Les trois cas que j'ai observés présentaient entre eux une telle ressemblance qu'il m'est permis d'en donner une description commune. Sur une des régions inguinales s'étend une plaque dure, étalée, formant un plateau régulier, sur lequel aucun relief d'une masse ganglionnaire sous-jacente n'est visible. La consistance de la lésion est uniforme; c'est partout une infiltration ferme, dure, sans noyaux plus particulièrement consistants; il n'existe aucune rétraction, aucune adhérence aux plans profonds.

La palpation ne révèle pas davantage que la vue de masses adénopathiques faisant corps avec la cellulite ou noyées dans ses infiltrats.

Chez deux de mes malades l'induration descendait au-dessous du pli inguinal, et empiétait légèrement sur le triangle de Scarpa. Chez un troisième, elle gagnait la région pubienne et dépassait de peu la ligne médiane : je ne l'ai jamais vue occuper les deux aines.

Les limites de l'infiltration sont facilement appréciables à la palpation, et c'est par une assez brusque transition que l'on passe du plateau cellulitique aux téguments sains qui le circonscrivent.

La consistance des infiltrats cellulo-dermiques, tout en étant très ferme, n'est pas ligneuse; elle est plutôt celle de certains œdèmes inflammatoires chroniques fortement tendus.

Les régions inguinales se recouvrent ainsi d'un blindage uniforme, dont l'épaisseur peut être considérable. La nature inflammatoire de ces larges infiltrations cellulitiques s'accuse par la coloration de la peau qui présente une teinte rose lilacée manifeste.

La gêne fonctionnelle qu'entraînent de semblables lésions est peu marquée ; la palpation ne révèle qu'une sensibilité légère parfaitement supportable.

L'évolution des lésions est remarquablement lente et torpide. Pendant longtemps l'induration, lentement progressive, persiste sans manifestations suppuratives. Dans un seul cas une collection s'est formée dans la nappe cellulitique : son évolution a été courte et simple ; la guérison s'est faite sans fistulisation, mais sans régression bien nette des lésions.

L'observation attentive de ces malades comme aussi le contrôle de l'examen anatomo-pathologique pratiqué largement dans un cas, me permettent d'affirmer que les cellulo-dermites inguinales subaiguës n'ont absolument aucun rapport avec une atteinte ganglionnaire.

Le problème de leur nature m'a beaucoup préoccupé. Les recherches que j'ai faites m'ont permis tout d'abord de mettre hors cause certaines infections chroniques auxquelles on s'arrête tout d'abord : la tuberculose, les infections mycosiques et particulièrement l'actinomycose.

Deux de mes malades étaient atteints de syphilis en évolution, et l'un deux était traité dans le service de mon ami Froment pour une paralysie générale confirmée. Si pareille notion doit être retenue avec grand soin, il me paraît pourtant difficile d'affirmer l'étroite relation des cellulites inguinales et de la syphilis ; en tous cas l'influence du traitement m'a paru peu sensible ; l'argument toutefois ne saurait être tenu pour désicif.

L'évolution de ces indurations du derme et du tissu cellulaire des aines a été remarquablement lente. Deux des malades, qui n'étaient d'ailleurs pas hospitalisés dans mon service, ont échappé à mon observation ; l'un deux a dû être interné ; le troisième a quitté l'hôpital avant d'être guéri ; il a succombé trois ans plus tard ; je n'ai pu recueillir sur lui que peu de renseignements : on m'a dit toutefois que l'induration inguinale avait disparu dans les mois qui ont suivi la sortie de l'hôpital. Il avait continué à suivre chez lui un traitement antisyphilitique par voie digestive.

J'ai pratiqué dans un cas l'examen histologique de ces indurations cellulo-dermiques. La biopsie très large m'a permis d'abord d'affirmer l'absence de toute participation des ganglions à la consti-

tution de lésions, que je ne veux pas ici décrire en détail. Le tissu cellulo-adipeux de l'aine est le siège d'une inflammation sclérogène étendue, qui fait disparaître sur de larges surfaces le tissu cellulo-adipeux.

Le tissu conjonctif néoformé est presque partout remarquablement épais et dense ; on pourrait le dire tendiniforme. Entre les faisceaux conjonctifs se voient des cellules fixes, tantôt aplaties et allongées dans l'axe des faisceaux, tantôt plus largement étalées, et quelques lymphocytes en voie de fixation. En d'autres points, les faisceaux conjonctifs sont moins épais, les éléments cellulaires sont plus abondants ; il s'agit toujours cependant de fibroblastes, de lymphocytes et de cellules conjonctives plus volumineuses, arrondies, pourvues de nucléoles ; elles ont les caractères d'histiocytes. De-ci de là, dans cet infiltrat, s'observent quelques leucocytes polynucléaires. La très grande rareté des cellules plasmatiques doit être expressément notée.

Ce tissu conjonctif plus ou moins épais et de richesse variable en éléments cellulaires, envahit le tissu cellulo-adipeux, le fait disparaître en totalité, ou n'en laisse subsister que quelques îlots. On trouve sur les coupes, dans quelques points, des amas de cellules plurinucléées qui se sont développées dans ce tissu cellulo-adipeux. Dans ces plasmodes ou dans leurs intervalles apparaissent des espaces réservés en clair, marquant l'emplacement de cristaux de cholestérine.

Dans les zones où le tissu conjonctif est plus riche en cellules, on peut observer, par places, d'assez abondants dépôts de pigment sanguin.

La vascularisation de cette cellulite sclérogène est presque partout remarquablement pauvre. Des altérations vasculaires considérables s'y observent, aboutissant à l'oblitération de vaisseaux volumineux, à parois très épaissies.

Il est à noter que dans les nombreux points examinés du très large fragment prélevé, je n'ai observé ni les gommes ni les abcès à bordures épithélioïdes, si fréquemment rencontrés dans les larges nappes conjonctives de la poradénite.

*
* *

Je n'ai fait qu'aborder ici la description de lésions qui me paraissent n'avoir pas retenu jusqu'ici l'attention. L'étude que j'ai faite des cellulites inguinales n'est pas assez complète pour qu'il me soit possible de donner des conclusions assurées.

Je puis du moins émettre à leur sujet des hypothèses. Les malades atteints de ces cellulo-dermites m'avaient été adressés avec le diagnostic de poradénites.

Je n'ai pas besoin de souligner les différenees, qui, au premier abord, séparent les cellulo-dermites des poradénites typiques. La cellulite existe bien chez les malades atteints de cette dernière affection ; j'ai attiré l'attention sur cette cellulite dans la thèse devenue classique de mon élève Phylactos. Les téguments qui recouvrent les masses ganglionnaires de la poradénite sont, à la période d'état de cette affection, remarquablement épaissis, souvent rétractés, troués d'orifices fistuleux. Leur coloration, d'un rose violacé m'a fait donner à la poradénite le nom d'adénite violette de l'aine que l'on a, depuis lors, bien souvent employé.

J'ai également insisté dans la thèse de Phylactos sur le fait que la périadénite, l'inflammation interganglionnaire est souvent aussi développée dans la quatrième maladie vénérienne que l'inflammation ganglionnaire proprement dite.

Mais il faut bien reconnaître que dans la poradénite, la cellulite *est une cellulite d'accompagnement;* elle ne masque jamais la lésion principale, la tuméfaction des ganglions dont les masses lobulées, inguinales et iliaques, sont toujours perceptibles sous un blindage cellulitique qui n'a jamais, par ailleurs, l'épaisseur, l'uniformité et l'étendue de celui que j'ai vu aux cellulo-dermites subaiguës. L'aspect microscopique des lésions n'est pas celui des réactions conjonctives de la poradénite ; l'inflammation sclérogène à cellules fixes, à lymphocytes et à histiocytes, est loin de ressembler aux réactions plasmocytaires denses, aux infiltrations bigarrées de la poradénite, où les gommes et les abcès à bordure épithélioïde se développent en aussi grande abondance que dans le tissu ganglionnaire.

S'ensuit-il que toute idée de rattachement de ces cellulo-dermites inguinales à la poradénite doive être formellement écartée? Je suis loin de l'affirmer ; j'ai simplement noté sans conclure, les caractères cliniques et anatomiques qui paraissent bien les opposer.

Quand je les ai observées, je n'ai pu éprouver ces cellulo-dermites par l'intradermo-réaction de Frei ; je ne puis donc, on le comprend, donner ici des conclusions fermes. Je suis d'ailleurs d'avis que dans le jugement à porter sur la valeur des annexions dont on a, ces dernières années, enrichi la poradénite, on ne saurait user d'assez de prudence ni exiger trop de preuves.

Je dois me borner à indiquer le point d'aboutissement de mes recherches, et la position d'une question dont je ne puis apporter aujourd'hui la solution.

Ce sont des faits cliniques que je relate simplement, persuadé que rien ne doit être tenu pour négligeable de ce qui nous permet de mieux connaître la pathologie d'une région que nous avons si souvent l'occasion d'observer dans la pratique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PSEUDO-PELADE

Par M. Louis Van der MEIREN (Bruxelles),
(Travail de la Clinique des Maladies cutanées de Strasbourg),
Professeur : L.-M. Pautrier.

I. — Etude clinique

A propos d'un cas de pseudo-pelade dont l'étude clinique a pu être complétée par un examen histologique intéressant, M. le professeur Pautrier nous a permis d'entreprendre l'étude de cette dermatose. Des recherches expérimentales nombreuses bactériologiques et histologiques, l'analyse attentive des observations cliniques de pseudo-pelade publiées, posent un ensemble de problèmes de pathogénie, sans les résoudre.

Neumann, dans son *Traité des maladies de la peau*, décrit en quelques mots une alopécie dans laquelle le cuir chevelu est déprimé, atrophié et peu sensible. C'est probablement la première mention qui ait jamais été faite de cette affection. En 1885, Brocq (1), dans une description magistrale définit ce processus atrophique du cuir chevelu avec destruction totale définitive des follicules pileux sans aucune *suppuration* antérieure et sans *folliculite* appréciable. Nous esquissons brièvement le tableau clinique de la pseudo-pelade que nous empruntons à Brocq dans le tableau d'ensemble qu'il a tracé des alopécies dans la *Pratique dermatologique* (2). « Dans les premières périodes du mal, la pseudo-pelade se caractérise d'ordinaire par de nombreuses petites plaques alopéciques qui criblent le cuir chevelu vers la partie médiane du vertex, vers la partie supérieure et médiane de la région occipitale, plus rarement dans sa totalité. Ces plaques sont blanches ou d'un rose clair, lisses, d'aspect atrophique. Elles ont fréquemment de la tendance à se réunir au nombre de deux, trois et même davantage

pour former des plaques de plus en plus étendues à mesure que la maladie progresse. Ces grandes plaques varient comme dimensions, de celle d'une pièce de 2 francs à celle de la paume de la main ; leur forme est éminemment irrégulière, leurs contours sont sinueux, polycycliques, microcycliques même par places, parfois de véritables promontoires déchiquetés de cuir chevelu pénètrent dans leur intérieur en formant des bandes irrégulières. Au niveau des plaques, le cuir chevelu est d'un blanc nacré, parfois d'un blanc rosé et même d'un rouge assez vif au niveau de certaines plaques, surtout vers leur périphérie. Il est aminci, comme atrophié, déprimé, lisse, doux au toucher, facile à plisser. On ne trouve ni cheveux cassés, ni cheveux en point d'exclamation, ni duvet. Les cheveux tombent en assez grande abondance vers la périphérie des plaques, pendant la période d'activité de l'affection ; un certain nombre se détachent avec une grosse gaine pulpeuse, transparente, hyaline, analogue à celle des cheveux faviques. Les limites des plaques sont relativement assez nettes, on passe sans transition de l'alopécie atrophique la plus absolue à un cuir chevelu abondamment fourni. Jamais elle ne nous a paru aboutir à la calvitie complète, jamais on ne constate dans ce type clinique de folliculites suppurées appréciables ; tout au plus peut-on parfois observer une légère teinte rosée autour du poil qui est atteint ».

En 1888, Quinquaud (3), communiqua à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, un mémoire sur « Une folliculite épilante et destructive des régions velues ». La lésion élémentaire de cette affection était constituée par une folliculite suppurée péri-pilaire, des poussées de pustulettes apparaissaient à la base des poils ; la répétition de ce même processus, épilant par petits îlots, produit des plaques d'alopécie pseudo-cicatricielle. Même pour le lecteur le moins averti, la citation de Quinquaud que nous venons de donner s'oppose entièrement à la pseudo-pelade de Brocq que nous avons rapportée plus haut ; et l'on a l'impression très nette qu'il s'agit de deux affections bien différentes. Cependant, dans la suite de sa communication Quinquaud élargit la symptomatologie objective du groupe qu'il venait d'isoler; tous les faits d'alopécie atrophiante se trouvaient confondus. La description de Quinquaud embrassait trois ordres de faits : 1° des folliculites réellement suppurées ; 2° des faits où il n'y a pas de suppuration

(pseudo-pelade de Brocq) ; 3° des faits mixtes tenant à la fois des deux précédents. La pseudo-pelade de Brocq se trouvait donc annexée par Quinquaud à sa folliculite épilante. Telles étaient aussi les idées de Laillier ; ce qu'il avait décrit comme acné décalvante s'identifiait avec la folliculite épilante de Quinquaud. La pseudo-pelade était, pour ces auteurs, considérée comme une variété de l'acné décalvante.

C'est à cette époque que Brocq, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris donna une vue d'ensemble des folliculites et péri-folliculites décalvantes, dont il dissocia trois types cliniques : 1° la pseudo-pelade caractérisée par l'absence de folliculites ; 2° le type de Quinquaud caractérisé par des folliculites discrètes ; 3° le sycosis lupoïde : celui-ci diffère du sycosis ordinaire par sa tendance extensible et par l'atrophie cicatricielle que l'affection laisse après elle ; les zones cicatricielles étant entourées d'un semis de folliculites suppurées en voie d'extension. Mais, comme Brocq l'a souligné dans une de ses cliniques consacrées à la pseudo-pelade, ces trois entités morbides sont reliées entre elles par des faits de passage. La clinique a suffisamment prouvé que des alopécies atrophiantes disposées en plaques peuvent débuter, évoluer, sans qu'il ne survienne jamais la moindre suppuration folliculaire visible. Tel est l'élément capital de la pseudo-pelade de Brocq.

Cependant, des faits cliniques rares dont nous n'avons pas pu trouver d'observations probantes publiées, mais auxquelles Brocq fait allusion dans son mémoire de 1905 auquel nous allons arriver, sembleraient prouver que des pseudo-pelades typiques peuvent se compliquer de folliculites à un moment de leur évolution.

En 1905, Brocq avec ses collaborateurs, Langlet, Ayrignac (4) (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1905) reprend la description clinique de l'affection, fait la synthèse des images histologiques des biopsies faites et fixe les principaux traits du tableau anatomo-pathologique de la pseudo-pelade. Nous y reviendrons longuement, mais dès à présent, disons que l'histologie leur montra deux processus distincts : l'un est l'envahissement du follicule par des nuages épais de cellules inflammatoires engainant celui-ci et préparant sa chute. L'autre est la disparition du follicule remplacé par un trousseau fibreux. Ils étudièrent les faits de passage qui semblent relier la pseudo-pelade à différents types morbides et

esquissèrent les éléments du diagnostic différentiel des divers processus alopéciques ou cicatriciels observés au cuir chevelu. Nous comprenons que les auteurs qui abordèrent les premiers l'étude histologique des lésions pseudo-peladiques en activité, devant des essaims de cellules inflammatoires engainant le follicule, furent frappés de voir combien celles-ci reproduisaient fidèlement l'image d'un sycosis de la barbe. C'est ce qui suscita les recherches bactériologiques entreprises de toute part pour mettre en évidence une infection microbienne des poils dans la pseudo-pelade, mais l'examen direct des cheveux n'a jamais révélé l'existence d'un champignon pathogène. Les cultures n'ont pas encore permis d'attribuer la maladie à un microbe spécial.

Brocq qui fit de la pseudo-pelade un tableau clinique aussi saisissant de clarté, qui retraça la classification des alopécies cicatricielles du cuir chevelu en dissociant ces entités cliniques bien individualisées, se montre extrêmement embarrassé pour indiquer la cause réelle de la maladie. « En somme, dit l'auteur, la nature et la pathogénie de cette affection nous sont encore à peu près totalement inconnues. Nous sommes en présence d'un processus atrophique spécial du cuir chevelu. Est-il d'origine purement trophoneurotique comme semblent l'indiquer certains troubles généraux de la santé des malades, son évolution, sa non-contagiosité probable ? Faut-il au contraire le considérer comme étant de nature microbienne ou toxinique? Nous déclarons n'en savoir absolument rien, mais la disposition irrégulière des lésions, leur marche serpigineuse, sont des arguments bien puissants en faveur de la théorie microbienne ».

Il semble toutefois que l'interprétation de Brocq se soit orientée vers la folliculite microbienne comme formule pathogénique probable des lésions pseudo-peladiques. Il est certain que le terme de pseudo-pelade donné au type morbide que Brocq a reconnu, à défaut d'une dénomination pathogénique prématurée, n'évoque pas les caractères de la pseudo-pelade. Il ne souligne pas le caractère cicatriciel de l'affection, il pourrait désigner n'importe quelle alopécie en aires non cicatricielle aussi bien que la maladie que Brocq a si remarquablement décrite. Cette difficulté à trouver une dénomination clinique suffisamment précise, à défaut d'une dénomination étiologique impossible, se traduit du reste dans la terminologie

complexe qui va dès lors être employée par les différents auteurs.

Besnier donna à l'affection le nom d'alopécie peladiforme pseudo-cicatricielle.

Sabouraud la désigne sous celui de folliculite cicatricielle atrophiante et décalvante ; Darier dit dans ses précis : « Alopécie pseudo-favique ». Le terme proposé par Dreuw était : *Alopecia parvimaculata*, terme qui éveille bien dans l'esprit la distribution des petites taches glabres rappelant l'image de Sabouraud « les pas dans la neige ». Il ne s'adresse qu'au type clinique dominant, sans souligner le caractère cicatriciel. Quoi qu'il en soit, il faut conserver le nom proposé par celui qui a le mieux décrit cette affection, Brocq, l'éminent clinicien de l'école française.

Sabouraud (5), dans son ouvrage « *Séborrhée, acné, calvitie* », fait une place à l'alopécie par sclérose folliculaire, dans laquelle il range la kératose pilaire et la pseudo-pelade de Brocq. « Le phénomène dominant, dit l'auteur, dans ces affections de cause peut-être différente peut-être univoque, c'est la sclérose folliculaire absolue, cicatricielle, qui la détermine et par conséquent la dépilation irrémédiable qui les suit ». Dans la description de ces affections, Sabouraud souligne combien le terme de folliculite désigne mal le processus inflammatoire qui précède la chute des cheveux. Dans l'histoire d'une lésion pseudo-peladique, ce processus peut être discret, à peine visible, cédant rapidement place à la sclérose folliculaire. Dans son *Précis de dermatologie topographique*, Sabouraud désigne le processus inflammatoire péri-pilaire des lésions pseudo-peladiques en activité par « folliculite expulsive sèche ». Ainsi se trouve précisé un caractère important des inflammations péri-pilaires de la pseudo-pelade. Dans ces nuages de cellules migratrices envahissant le follicule, jamais on ne trouve trace de suppuration.

Sabouraud décrivit les lésions histologiques de la pseudo-pelade. Nous y reviendrons dans la partie consacrée à l'histologie. Il montra que l'examen direct, l'ensemencement de cheveux à gaine vitreuse est toujours négatif. Nous savons que les cheveux à gaine vitreuse sont ceux qui s'épilent sans effort et sans douleur ; primitivement leurs orifices pilaires sont marqués d'un point rougeâtre. Cette gaine est donc la gaine épithéliale que la racine entraîne avec elle, lors du prélèvement d'un cheveu dit engainé. « En somme, dit Sabouraud, il s'agit d'un processus de sclérose intense comme celui qui

succéderait à un traumatisme prolongé des tissus. De ce traumatisme on n'a aucune indication de ce qu'il peut être ; rien dans le tableau de la pseudo-pelade n'indique un processus inflammatoire, tout se passe comme si on ne voyait jamais que ses conséquences. Nous ignorons tout des causes de cette singulière maladie. Ce qu'on peut dire, termine Sabouraud, c'est que l'origine microbienne n'est pas démontrée ».

Darier (6) incorpore la pseudo-pelade de Brocq dans son groupe des folliculites dépilantes cicatricielles dans lequel nous la trouvons associée au sycosis lupoïde de Brocq, à la folliculite épilante de Quinquaud ou acné décalvante de Laillier, ainsi qu'aux folliculites dépilantes des parties glabres. Darier considère la pseudo-pelade comme une folliculite, mais on notera « que l'inflammation folliculaire est cliniquement peu appréciable, bien moins que dans les folliculites dépilantes de Quinquaud et celles du sycosis lupoïde ». L'acné décalvante de Laillier ne serait, d'après Darier, qu'une variété de la pseudo-pelade, n'en différant que par la présence sur la zone d'envahissement, de quelques folliculites pustuleuses disséminées.

Nous voyons donc combien cette curieuse affection s'imposa à l'attention des trois grands Maîtres de la dermatologie française, Brocq, Darier et Sabouraud, mais combien ils l'interprètent de façon assez différente et de nature à laisser leurs lecteurs dans l'embarras.

II. — Histopathologie des lésions pseudo-peladiques

Nous essayerons maintenant brièvement de fixer les principaux points du tableau anatomo-pathologique de la pseudo-pelade. Nous nous inspirerons de la description d'ensemble que nous devons à Brocq et à son collaborateur Langlet. Ils eurent le mérite de juxtaposer leurs images histologiques, de les sérier dans l'espace et dans le temps, de manière à faire toute l'histoire des lésions pseudo-peladiques.

L'histologie nous montre un premier processus préparant la chute du poil, au cours duquel nous assisterons à des lésions vasculaires et inflammatoires :

1° Inflammation péri-vasculaire s'étendant aux réseaux des capillaires du derme superficiel interpilaire et au réseau des capillaires péri-pilaires.

2° Transformation fibrillaire du tissu collagène fondamental de toute la zone périvasculaire pénétrée par l'infiltrat.

3° Présence de cellules rondes ayant les caractères de lymphocytes s'appuyant sur les réseaux fibrillaires, autour des vaisseaux ; ils forment des infiltrats denses partout où ils existent.

4° Disparition du tissu collagène et du tissu élastique dans les espaces péri-vasculaires frappés.

5° Il y a un trait frappant à l'examen rapide d'une lésion pseudopeladique à ce stade : les parties malades se reconnaissent aisément comme des points, des nappes, des traînées bordant les lumières vasculaires du chorion et du voisinage du poil ; les lésions saines tranchent nettement sur les parties malades encadrant celles-ci ; elles se reconnaissent immédiatement à leur caractère de coloration, à leur homogénéité, à l'intégrité de leurs vaisseaux.

6° La disposition des agglomérats explique la chute du cheveu. Le cheveu se trouve séparé de ses attaches normales par la pénétration des cellules rondes qui le séparent des assises conjonctives sur lesquelles s'appuie et se fixe l'épithélium des gaines externes. Au stade terminal, nous assisterons à l'organisation fibreuse de la lésion inflammatoire.

Dans un deuxième processus :

1° Il y a remplacement de tout ce qui fut le poil par du tissu de sclérose ; ses fibres se dirigent longitudinalement vers l'épithélium reproduisant la direction du poil. C'est une sorte d'image fossile du poil.

2° La topographie des vestiges du squelette élastique a une grosse importance, car elle permet de reconnaître où étaient implantés les cheveux avant la déglabration totale. Après coloration à l'orcéine, on constate l'existence de nombreuses colonnes limitées par deux traînées parallèles de tissu élastique, se dirigeant perpendiculairement vers l'épiderme. Sur les côtés de cette sorte de cheminée, vestige du poil, s'insère un muscle arrecteur très atrophié. Cette image se reproduit pour chaque poil disparu.

Quant aux lésions épithéliales, on trouve toutes les nuances : tantôt les cellules ne présentent que des lésions banales, tantôt

l'extrême atrophie s'observe ; l'épithélium est alors réduit à deux ou trois assises de cellules plates.

Enfin, pour terminer le résumé du tableau histologique de la pseudo-pelade fait par Brocq et Langlet, notons la réaction de l'épiderme du collet du follicule, sous forme d'hyperacanthose et d'hyperkératose : un bouchon corné allonge et dilate l'infundibulum engainant le cheveu.

Sabouraud (7) fit également l'histo-pathologie de la pseudo-pelade et posa au point de vue microscopique les éléments du diagnostic différentiel avec la pelade (Pelades et alopécies, p. 187). « Il y a dans la pelade une atrophie lente des follicules pilaires, mais avec un incessant effort de réparation qui n'existe pas dans la pseudo-pelade. Le trouble pigmentaire suivi d'une leucodermie existe dans la pelade, n'existe pas dans la pseudo-pelade. Enfin, la pseudo-pelade débute par un processus inflammatoire qui devient aussitôt cicatriciel, toutes choses étrangères à la pelade ».

Dans le travail de Photinos (8), consacré à la pseudo-pelade, nous avons trouvé une description anatomo-pathologique de cette affection agrémentée de très belles micro-photographies faites par Civatte (9). Civatte, dont le nom fait autorité en matière d'histologie cutanée a pu voir, sous l'épiderme de surface, dans une biopsie de pseudo-pelade, des lésions d'aspect particulier ; ce sont de minuscules cavités creusées sous le corps muqueux décollé du corps papillaire et où nagent quelques cellules dont une ou deux volumineuses et pigmentées. Au-dessous, parfois s'installe un semblant d'infiltrat lymphocytaire. Au voisinage, dans le corps papillaire, il n'est pas rare de trouver quelques blocs hyalins irréguliers. « C'est là, écrit-il, avec toutes ses particularités, la lésion que j'ai décrite dans la poïkilodermie réticulée pigmentaire. Il est probable qu'ici aussi, elle est la première en date et qu'elle frappe à la fois l'épiderme de surface et celui du follicule pileux, mais celui-ci plus sensible sera détruit, alors que le premier sera à peine érodé. Des infiltrats serrés, témoins de cette grave attaque du follicule y masqueront le plus souvent la lésion initiale. Si l'on admet cette interprétation, la pseudo-pelade est rejetée loin des folliculites cicatricielles et des acnés décalvantes où les infections du follicule semblent jouer le premier rôle, elle vient s'incorporer à un nouveau groupe de dermatoses, auquel on tend aujourd'hui à attribuer une

origine toxique et un mécanisme endocrinien ». C'est là un trait nouveau du tableau histologique de la pseudo-pelade, d'autant plus intéressant qu'il a suscité de la part de l'auteur une conception pathogénique nouvelle.

En parcourant la littérature étrangère, nous avons pu remarquer combien les lésions pseudo-peladiques intéressaient les histologistes. Parmi ceux-ci il faut citer Chirivino, Darier, Lebedeff, Montesano. Darier parle des infiltrats cellulaires autour des follicules et autour des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui sont fortement dilatés. Le processus, d'après lui, aboutit à une sclérose des tissus conjonctif et élastique.

Remarquons combien il est difficile de pouvoir saisir le processus morbide d'une lésion pseudo-peladique dans son ensemble. C'est ainsi que Chirivino (10) de l'Université de Naples a noté la dilatation des vaisseaux du corps papillaire et du réseau circumpilaire, l'atrophie scléreuse du tissu conjonctif dans les parties supérieures et moyennes du derme, la destruction du réseau élastique. Il n'a pu saisir l'envahissement des couches épithéliales du poil par l'infiltrat noté par Brocq, Langlet et Ayrignac. Le processus n'a pas été observé à son début ; l'auteur tend à ranger la pseudo-pelade dans les atrophies cutanées. Langlet et Civatte notent, sans toutefois les confondre, plusieurs points de structure histologique commun au lupus érythémateux et à la pseudo-pelade. Le lupus érythémateux se caractérise par un infiltrat diffus et périvasculaire composé de petites cellules conjonctives et de lymphocytes. On trouve parfois quelques cellules géantes autour d'un follicule pileux désagrégé. L'épiderme s'atrophie au point d'être réduit à une ou deux rangées de cellules. La couche cornée épaisse, stratifiée, pénètre en cône dans les collets folliculaires (kératose ponctuée). Nous avons souligné dans la pseudo-pelade le bouchon corné qui allonge et dilate l'infundibulum pilaire, l'extrême atrophie épidermique qui peut se rencontrer, mais il y a une différence nette dans la répartition proportionnelle de l'infiltrat beaucoup plus dense autour du cheveu dans la pseudo-pelade, plus diffus dans le lupus érythémateux. Nous voyons donc que l'école française apporta une large contribution à l'étude histologique de la pseudo-pelade.

III. — Documents personnels

Voici l'observation clinique d'un cas de pseudo-pelade typique que M. le professeur Pautrier nous a permis d'étudier.

Sœl..., Adolphe, 34 ans. Antécédents héréditaires : père s'est suicidé ; mère en bonne santé ; deux frères et une sœur ; un frère mort en



Fig. 1. — Grande plaque de pseudo-pelade du vertex, entourée sur ses bords de petites plaques accessoires (la biopsie pratiquée pour l'examen histologique a porté sur la petite plaque, au pôle antérieur de la grande plaque).

bas-âge. Antécédents personnels : pas de maladie d'enfance ; une blennorragie à 22 ans.

La maladie a débuté en 1929 par une petite plaque alopécique au niveau du vertex ; depuis cette époque la maladie n'a fait que s'étendre,

de petites plaques se sont formées autour de cette première atteinte et ont conflué pour produire une grande plaque alopécique de forme irrégulièrement ovalaire mesurant 7 centimètres sur 4. Quand on les examine en écartant les cheveux, on constate que les contours de cette plaque sont tout à fait irréguliers et présentent une série d'encoches et de petites plaques adjacentes qui dessinent des séries de petits golfes autour de la grande plaque. Le cuir chevelu au niveau de celle-ci est lisse, régu-

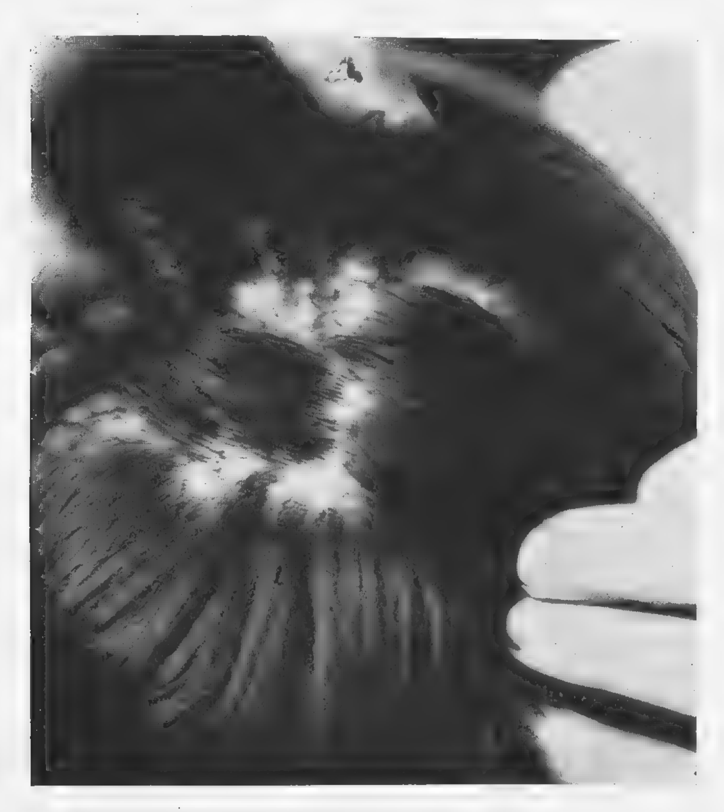


Fig. 2. — Semis de plaques de pseudo-pelade plus petites, situées en arrière de la grande plaque et donnant au toucher l'impression d'une atrophie avec fonte du pannicule adipeux, la pulpe du doigt s'enfonçant dans une véritable dépression.

lier, blanchâtre, très légèrement atrophique au toucher ; la plaque est glabre dans la plus grande partie de son étendue ; cependant, de places en places, on peut trouver quelques cheveux ayant conservé leur longueur et leur coloration normale.

Brusquement à la périphérie de la plaque, on les trouve absolument sains, ayant conservé leur taille et leur longueur ; ils forment des séries

de petits caps s'accentuant vers la plaque alopécique, caps qui sont séparés par les petits golfes alopéciques à la périphérie.

En bordure de cette grande plaque et séparée par un réseau de cheveux normaux de quelques millimètres de large, on note l'existence d'une couronne périphérique de petites plaques alopéciques, les unes nettement isolées, les autres confluentes par places pour former des sortes de bandelettes alopéciques. Ici encore, en pleine zone alopécique, on retrouve les cheveux normaux isolés. Dans la plupart de ces petites plaques périphériques, on note des zones d'érythème qui vont de la grosseur d'une pointe d'épingle à celle d'une tête d'épingle blanche ; à leur niveau, le cuir chevelu est manifestement cicatriciel.

Au fur et à mesure que l'on écarte les cheveux du malade, on constate que toute la région frontale est ainsi parsemée d'une série de petites plaques cicatricielles ayant la grosseur moyenne d'un pois vert. Presque toutes présentent les points érythémateux que nous venons de signaler. On trouve des plaques analogues au sommet des régions pariétales des deux côtés et enfin au niveau du vertex une série de plaques alopéciques confluentes formant une deuxième zone déglabrée importante parsemée de places en places de touffes de cheveux sains. Ici on trouve non seulement l'aspect cicatriciel du cuir chevelu, mais au toucher on a l'impression d'une atrophie véritable, d'une fonte du pannicule adipeux, la pulpe de l'index s'enfonçant dans une véritable dépression. Des lésions analogues se poursuivent plus discrètes en descendant vers la partie inférieure de la région occipitale Toutes ces lésions alopéciques et superficielles présentent toujours, assez abondantes, les petites taches érythémateuses déjà signalées.

Au total, il peut exister 40 à 50 points d'attaque de la grosseur d'un pois vert entre la zone alopécique du sommet de la tête et les zones alopéciques du sommet de la région occipitale (fig. 1 et 2).

Examen histologique. — Nous avons pu faire une large biopsie (F. 235) au niveau d'une petite plaque alopécique encochant la zone étendue de déglabration que nous avons décrite au vertex. Nous nous sommes aidés d'une infiltration à la novocaïne et d'une suture secondaire. Les coupes ont été faites de manière à intéresser le cuir chevelu normal, à chacune de leurs extrémités ; le centre est occupé par des lésions à des stades différents de leur évolution. Nous allons donc commencer par décrire des aspects variés suivant l'endroit examiné, aspects variés à l'aide desquels nous essayerons une synthèse chronologique.

a) A l'extrémité de notre coupe, nous voyons des follicules pileux qui nous paraissent tout à fait normaux ; tout au plus pourrait-il y avoir une régression des glandes sébacées. L'épiderme présente un dessin et une épaisseur normaux. Mais, dans le derme sous-jacent, il y a déjà des lésions bien apparentes, elles siègent de préférence à la hauteur du réseau vasculaire sous-papillaire. Ce sont des infiltrats assez ramassés, remplissant des zones œdématiées situées autour de petits vaisseaux.

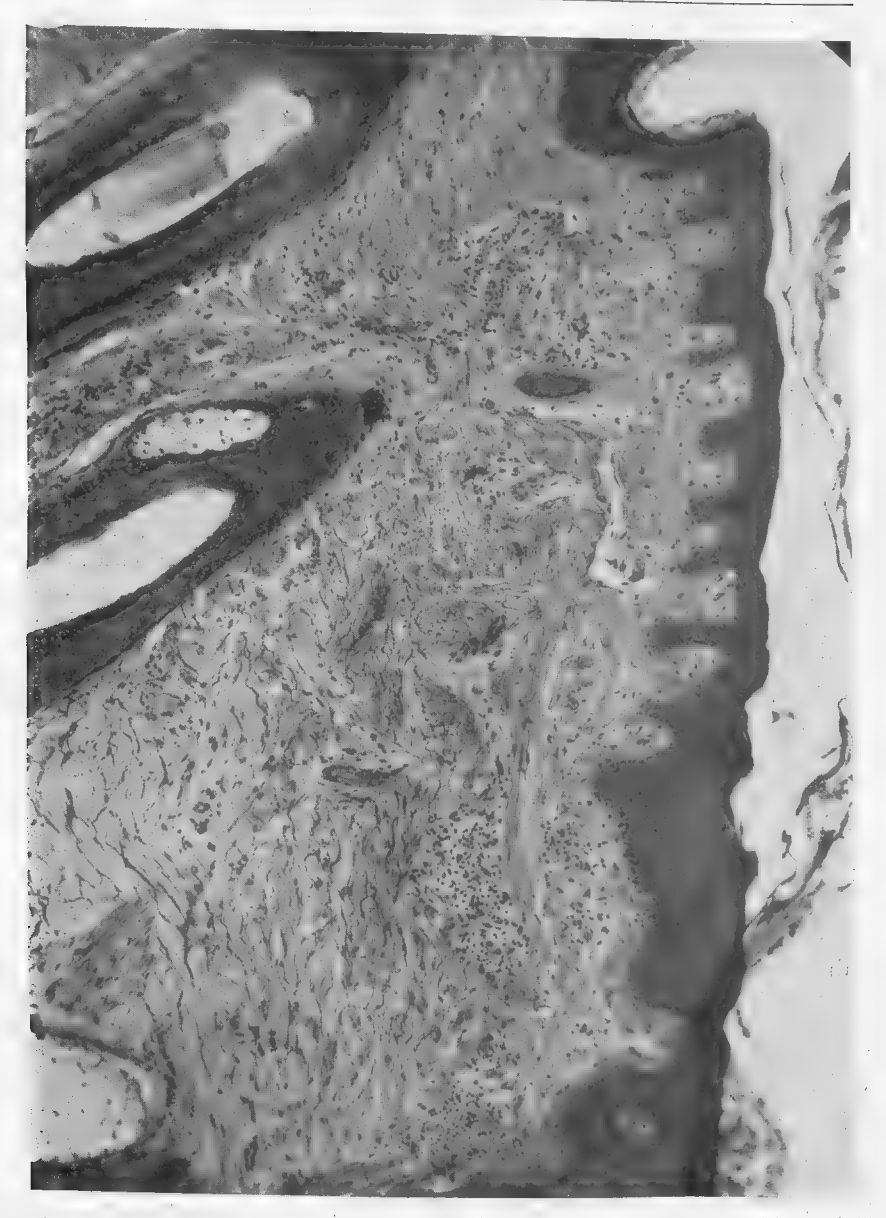


Fig. 3. — Lésions en bordure de la plaque de pseudo-pelade. Noter la présence de follicules pilo-sébacés normaux. L'épiderme est également normal. Remarquer la présence de zones œdématiées dans le corps papillaire et le derme superficiel, les foyers d'infiltrat localisés principalement autour des vaisseaux dont quelques-uns sont ectasiés.



Fig. 4. — Vue d'ensemble d'une colonne scléreuse traversant le derme moyen et s'étendant jusqu'à l'hypoderme, y noter l'absence du dessin fasciculé, la tendance à la hyalinisation du collagène. La texture du derme voisin est à peu près conservée. Muscle arrecteur respecté. Œdème du derme superficiel. Amincissement de l'épiderme : le dessin papillaire a disparu (grossissement : 80 diamètres).

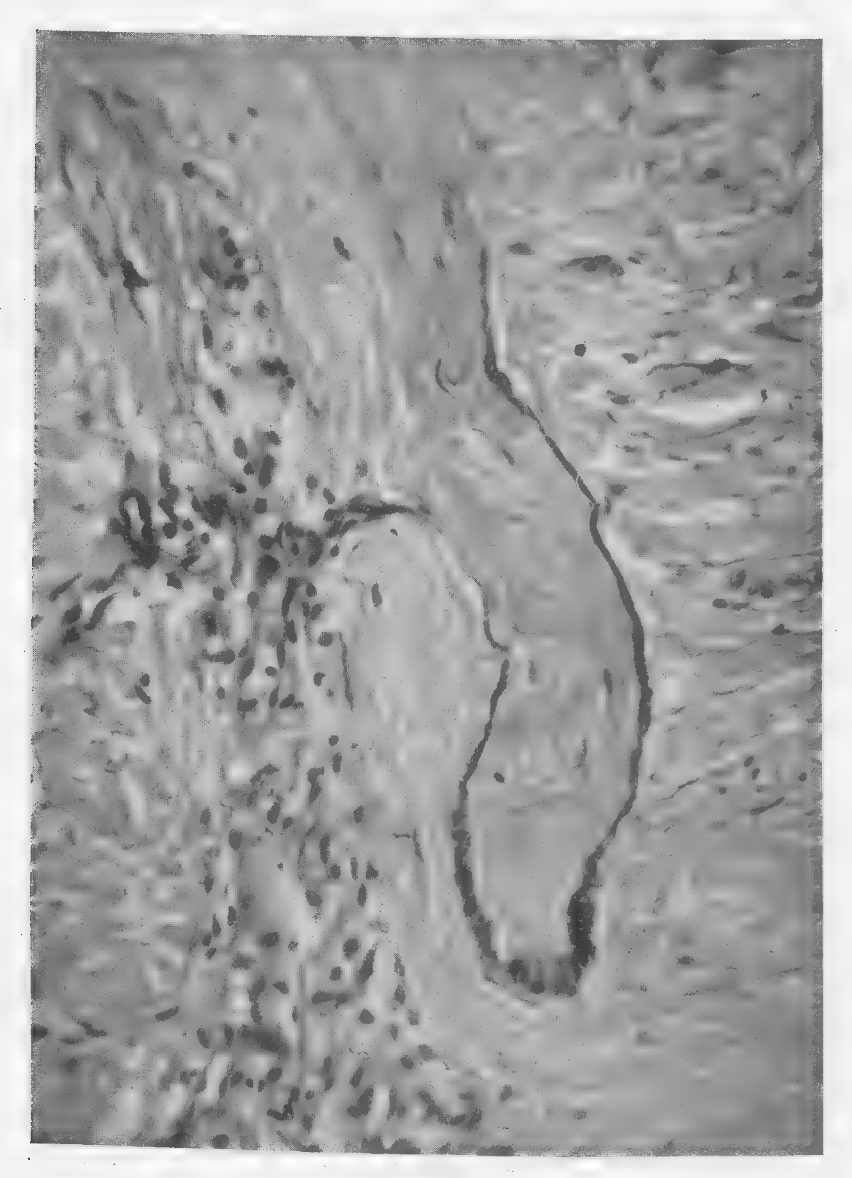


Fig. 5. — Colonne scléreuse représentant l'emplacement d'un cheveu détruit ; noter dans cette sorte de cheminée qui situe l'ancien poil, la destruction de l'élastine qui se tasse à la périphérie et souligne ainsi le « squelette » du poil (grossissement : 360 diamètres).



Fig. 6. — Nappes étendues d'infiltration dense sous un épiderme réduit à deux ou trois assises cellulaires. Décollement phlycténulaire de l'épiderme. Immédiatement au-dessous s'ébauche une colonne scléreuse (grossissement : 110 diamètres).



Fig. 7. — Volumineux nodule d'infiltrat envahissant le pourtour de l'abouchement d'un follicule pilo-sébacé dont on ne peut voir les parties profondes (grossissement : 110 diamètres).



Fig. 8. — Coupe de deux follicules pileux ; celui de gauche est normal, la gaine collagène de l'autre est manifestement épaissie ; les noyaux sont rejetés à la périphérie, l'élastine y a à peu près disparu et se recroqueville à la périphérie (grossissement : 150 diamètres).

Ces capillaires sont normaux ; notons seulement quelques petites ectasies par endroits. L'infiltrat qui les entoure est constitué de cellules rondes parmi lesquelles nous individualisons des lymphocytes et des cellules fibrocytiformes. Soulignons l'absence complète de polynucléaires (fig. 3).

b) Au centre de la coupe, nous trouvons des endroits complètement modifiés qui répondent aux nombreuses descriptions histologiques données de la pseudo-pelade. L'épiderme est atrophique dans son ensemble ; il est aminci au point d'être réduit à 3 ou 4 assises cellulaires et du côté du derme, il présente une limitation dépourvue du dessin papillaire. C'est dans le derme que nous trouvons l'explication de cette atrophie épidermique.

Le derme superficiel est œdématié et présente un collagène très imbibé de sérosité : la disposition des vaisseaux papillaires est déréglée, nous avons des capillaires diversement orientés dont quelques-uns sont un peu dilatés : par-ci, par-là, nous trouvons quelques lymphocytes isolés, mais ce qui frappe, c'est l'abondance de boules hyalines qui parsèment irrégulièrement cette région. Par places, nous voyons cet œdème superficiel se propager dans le derme moyen.

Dans le reste du derme, nous trouvons les lésions caractéristiques de la pseudo-pelade : ce sont des colonnes épaisses de collagène orientées plus ou moins perpendiculairement à la surface épidermique ; elles s'étendent depuis le derme supérieur modifié, comme nous l'avons dit, pour traverser toute l'épaisseur du derme moyen et s'arrêter au voisinage de l'hypoderme (fig. 4). Ces colonnes sont finement fibrillaires, sans dessins fasciculés et le collagène y est hyalinisé par places ; elles sont parsemées de quelques rares noyaux de fibrocytes, manifestement pycnotiques. Lorsque nous pouvons poursuivre ces colonnes jusqu'au voisinage de l'hypoderme, nous y trouvons souvent d'assez nombreux petits capillaires fréquemment atrésiques ainsi que des débris cellulaires et tissulaires, notamment des débris de mélanine. Notons, entre parenthèses, que le pigment nous paraît normal dans les papilles des poils conservés et dans l'épiderme, sauf aux endroits où celui-ci est très atrophié et présente une disparition de la mélanine. Nos colonnes scléreuses sont dépourvues de fibres élastiques (fig. 5). Ces dernières sont comme repoussées et s'accumulent à la périphérie des colonnes de collagène cicatriciel. C'est donc en bordure de ces colonnes que nous trouvons des amas de fibres élastiques altérées : elles sont déchirées ou épaissies et se disposent souvent en masses informes plus ou moins importantes. Par endroits, ces formations scléreuses sont entourées de quelques cellules rondes, de quelques minces capillaires, ou encore d'un collagène œdématié plus ou moins altéré. Mais dans les interstices que ménagent entre elles ces colonnes cicatricielles, nous trouvons une texture du derme collagène à peu près conservée. Les faisceaux s'enchevêtrent normalement et sont accompagnés de leur réseau élastique ; signalons toutefois l'existence de quelques vaisseaux dilatés. Nous trouvons aussi des muscles pilo-moteurs

plus ou moins atrophiés, parfois réduits à quelques fibres musculaires lisses qui par leur orientation se rattachent aux colonnes cicatricielles comme à leur poil tributaire. Les glandes sudoripares nous paraissent peu touchées et présentent des pelotons abondants en profondeur ; tout au plus rencontrons-nous dans le derme moyen un canal excréteur dilaté en petit kyste. Dans l'ensemble, le derme paraît avoir conservé son épaisseur normale et l'hypoderme ne présente aucune altération manifeste.

c) D'autres endroits de notre coupe nous montrent des aspects différents que nous allons décrire maintenant. Il y a dans notre coupe des régions très inflammatoires. Ce sont des infiltrations étendues et assez denses de cellules rondes (lymphocytes, fibrocytes et cellules fibrocytiformes) étalées directement au-dessous d'un épiderme atrophié (fig. 6) ou bien encore autour de l'abouchement d'un follicule pilo-sébacé (fig. 7) dont malheureusement nous ne voyons pas la prolongation. Il y a là des images dont nos figures permettent de se rendre compte et qui éveillent aussitôt dans l'esprit une parenté avec certaines lésions du lupus érythémateux. Cet infiltrat est accompagné de petits vaisseaux, mais aussi d'une poussée œdémateuse à en juger par un petit décollement phlycténulaire de l'épiderme. Au voisinage de ces régions inflammatoires et dans le derme sous-jacent, nous retrouvons des colonnes cicatricielles.

d) Enfin en bordure de la zone paraissant encore intacte, nous remarquons une altération pilaire qu'il nous semble intéressante de décrire : il s'agit d'un follicule pileux dont les gaines épithéliales nous paraissent normales, mais dont la gaine collagène présente certaines particularités. Elle est plus épaisse qu'une gaine normale : elle est pauvre en cellules, les noyaux paraissent pour la plupart rejetés à la périphérie. Enfin, l'élément élastique qui normalement est très riche dans la gaine collagène des poils, y est au contraire appauvri et nous voyons des amas informes de substance colorable à l'orcéine en bordure de la capsule épaissie (fig. 8). Cette image nous rappelle un peu les colonnes de sclérose que nous avons déjà décrites.

Conclusions histologiques. — Nous avons pu saisir les lésions pseudo-peladiques sous différents aspects. Il nous semble que la lésion de début est celle que nous avons décrite en première ligne (fig. 3) : c'est-à-dire un infiltrat de cellules rondes apparaissant superficiellement dans le derme, autour du réseau sous-papillaire et qui à ce moment n'a aucun rapport apparent avec le follicule pileux. La lésion que nous avons décrite ensuite (fig. 4) représente d'évidence le stade ultime de l'évolution pseudo-peladique.

Il serait intéressant de pouvoir saisir dans son vif, la destruction du follicule pileux, c'est-à-dire les stades intermédiaires entre nos images de début et la cicatrice pseudo-peladique définitive ; les auteurs donnent peu de précisions à ce sujet. Quant à nous, nous sommes frappés de l'absence, dans nos coupes, de ce stade qui permet de supposer qu'il s'agit là de phénomènes éphémères et difficiles à saisir dans leur rapi-

dité. Les infiltrats (fig. 6 et 7) que nous avons décrits participent certainement à cette destruction pilo-sébacée, mais nous n'avons aucune image probante ; de toute manière, ils atrophient l'épiderme et amènent une sclérose de tout le derme supérieur. D'autre part, nous avons insisté un peu sur l'aspect scléreux spécial de la gaine d'un poil de nos préparations (fig. 8). Il représente peut-être un autre mode de destruction pilo-sébacée, par exemple un processus de sclérose primitive, localisé, sans phénomènes inflammatoires préalables qui étoufferait le follicule pilo-sébacé.

Nous prions M. Woringer, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, à qui nous devons ces microphotographies, d'accepter nos plus vifs remerciements et l'expression de toute notre gratitude.

IV. — Bactériologie de la pseudo-pelade

Des cheveux engainés cultivés sur divers milieux par Sabouraud, par Veillon, n'ont donné aucun résultat. Quand les cultures ne furent pas stériles, ils obtinrent des staphylocoques de la plus grande banalité. La gaine du cheveu pseudo-peladique est constituée par des couches normales de l'épiderme très infiltré de globules blancs, les cellules sont infiltrées de graisse ; on n'y trouve pas trace du moindre parasite végétal (Sabouraud).

Les bactériologistes allemands, italiens, anglais, aboutirent aux mêmes conclusions (Huss, Keller, Rusch, Sorrentino, Morrini, Graham Little, Mac Leod).

Citons encore les expériences de Photinos faites au laboratoire de Sabouraud : l'auteur isola, à partir d'une culture de cheveux pseudo-peladiques, une levure. Il enduisit la surface des téguments de deux cobayes avec cette levure, après avoir fait quelques scarifications légères. « Vers les sixième et septième jours, la plus grande partie de cette surface commençait à se dénuder et vers les huitième et neuvième jours, une grande plaque alopécique et d'autres plus petites apparurent ». La chute des poils n'était pas due aux traumatismes faits par les scarifications, comme l'affirmèrent les témoins. La culture de retour fut tentée avec les poils de ces cobayes : le tube ensemencé présentait une culture d'aspect analogue à celle qui servit de matériel d'inoculation. L'examen direct du poil caduc du cobaye montra quelques corps sporulés. Ces expériences demanderaient à être multipliées et refaites sur une grande échelle

avant d'être invoquées, comme l'a fait l'auteur, à l'appui de la nature microbienne de la pseudo-pelade. Nous nous croyons autorisés, après avoir pris connaissance des dossiers bactériologiques consacrés à la pseudo-pelade, à terminer cette enquête en rappelant les paroles de Sabouraud : « ce qu'on peut dire c'est que l'origine microbienne n'est pas démontrée ».

V. — Diagnostic différentiel

Nous rappellerons brièvement les éléments de diagnostic différentiel de quelques affections du cuir chevelu pouvant simuler la pseudo-pelade.

Brocq et ses collaborateurs soulignèrent combien la question de diagnostic différentiel entre les alopécies du lupus érythémateux, de la kératose pilaire et de la pseudo-pelade s'entoure des plus grandes difficultés : « le lupus érythémateux attaque souvent le cuir chevelu et il se caractérise presque tout de suite par une alopécie totale et définitive. Mais l'existence de plaques de lupus érythémateux sur les parties glabres, l'infiltration et la rougeur des bordures, les squames, permettent dans les cas favorables, de poser le diagnostic de lupus érythémateux. Dans la pseudo-pelade, il y a de multiples points d'attaque, la rougeur est moins vive, le cuir chevelu est lisse, sans squames adhérentes. Mais, continuent ces auteurs, dans les deux maladies il s'agit d'un processus alopéciant atrophique et les cas sont assez nombreux où les dermatologistes expérimentés sont restés en suspens et n'ont pu décider s'il s'agissait d'un lupus érythémateux un peu insolite d'aspect ou d'une pseudo-pelade anormale. Nous sommes bien ici, du moins au point de vue objectif, en présence de véritables faits de passage établissant les liens les plus étroits entre certaines variétés de pseudo-pelade et le lupus érythémateux ».

Dans le lupus érythémateux, la cicatrice est plus déprimée, plus profonde, parce que le processus inflammatoire a porté non seulement autour des follicules pileux, mais sur toute l'étendue du territoire cutanée atteint.

Dans la pseudo-pelade, il y a parfois érythème en bordure mais toujours par points minuscules, souvent péri-pilaires et ne dépas-

sant guère le diamètre d'une tête d'épingle blanche. Dans le lupus érythémateux, en général, bordure érythémateuse de plusieurs millimètres de large, encerclant la presque totalité de la plaque atrophique.

Brocq discute ensuite le diagnostic différentiel d'une variété de kératose pilaire observée chez des adultes entre 20 et 50 ans (âge de la pseudo-pelade). « Ici aussi, se constituent de petites plaques de formes et d'étendues irrégulières, isolées ou communiquant entre elles, situées surtout au vertex, d'un blanc mat, déprimées, comme atrophiées. Tout ce tableau clinique est des plus troublants. Mais, dans les alopécies de la kératose pilaire, il y a pour ainsi dire toujours, dans le voisinage des plaques, de petites papules, circumpilaires à divers degrés d'évolution, d'ordinaire sur fond rosé ; les poils qui entourent ces papules sont grêles et fins. Ce sont là des caractères différentiels de la plus haute importance et, quand ils s'observent chez des sujets ayant de la kératose pilaire érythémateuse atrophiante, fort accentuée des membres et de la face, on doit porter le diagnostic d'alopécie kératosique simulant la pseudo-pelade ».

Il paraît vraiment difficile de discuter un diagnostic différentiel établi par une autorité telle que celle de Brocq. Mais toutefois, la description même que donne ce Maître, de la kératose pilaire au cuir chevelu, avec cette petite lésion érythémateuse circumpilaire est si identique à ce que l'on voit dans les points d'attaque en extension de la pseudo-pelade, que l'on est vraiment en droit de se demander s'il ne s'agit pas uniquement d'un seul et même processus et s'il existe vraiment une kératose pilaire du cuir chevelu.

Nous devons aborder maintenant le diagnostic différentiel le plus épineux : nous voulons parler de ce qui a trait à l'acné décalvante de Laillier et aux folliculites décalvantes de Quinquaud, ces deux dernières affections pouvant vraisemblablement être assimilées l'une à l'autre ou en tout cas étant voisines l'une de l'autre.

En traçant l'historique des conceptions cliniques de la pseudo-pelade, nous avons déjà eu l'occasion de marquer combien cette affection a été interprétée de façon différente par les dermatologistes. Rappelons en particulier que pour M. Darier, la pseudo-pelade et la folliculite épilante de Quinquaud (aussi bien que l'acné décalvante

de Laillier) ne sont que des variétés d'une seule et même affection.

On est également troublé lorsqu'on lit sous la plume de M. Brocq (*Traité élémentaire de dermatologie pratique*, t. II, p. 652) la phrase suivante : « Les folliculites dépilantes et destructives (type Quinquaud) et l'acné décalvante (type Laillier) qui ne constituent qu'une même forme clinique, diffèrent de la pseudo-pelade par la présence de suppuration périfolliculaire visible, mais semblent pouvoir se combiner avec elle chez le même sujet : *nous pensons que ces types ne sont probablement que des pseudo-pelades compliquées de folliculites* ». M. Brocq exprime ainsi une opinion dubitative qui est assez proche de celle de M. Darier. Mais il corrige aussitôt cette impression troublante en écrivant à la suite : « en tout cas, nous maintenons provisoirement la conception suivante de notre groupe des alopécies atrophiantes, conception formulée en 1888 : 1re forme : pseudo-pelade vraie; 2e forme : acné décalvante; 3e forme : sycosis lupoïde ».

Il est bien certain que si les folliculites dépilantes et la pseudo-pelade ne sont que deux formes voisines d'une seule et même affection, la question de diagnostic différentiel entre elles n'a pas à se poser. Mais sommes-nous en droit de confondre ces deux types morbides? En nous appuyant sur l'opinion de M. le professeur Pautrier, nous ne le pensons pas et en établissant cette différenciation, nous pensons être également d'accord avec M. Sabouraud. Pour M. Pautrier, la pseudo-pelade est le type des périfolliculites sèches et il s'exprime ainsi à peu près dans les mêmes termes que Sabouraud qui la qualifie de : « folliculite expulsive sèche ».

Il n'est pas impossible qu'accidentellement une pseudo-pelade vraie puisse se compliquer de quelques folliculites passagères, comme il pourrait en survenir sur un cuir chevelu normal. Mais quand on a pu examiner, comme nous avons eu l'occasion de le faire à la clinique des maladies cutanées de Strasbourg, la folliculite décalvante vraie et la pseudo-pelade vraie, on ne peut qu'être frappé des différences importantes qui les séparent. La folliculite vraie a, comme lésion élémentaire, une pustule très voisine de celle du sycosis, c'est une lésion pyogène au premier chef, nettement et toujours suppurative et chroniquement suppurative pendant toute la durée de son évolution.

Quand elle s'étend et dévaste des régions étendues du cuir chevelu,

elle le fait d'une façon serpigineuse, en taches d'huile ; les follicules voisins semblent s'infecter l'un, l'autre.

La pseudo-pelade vraie n'est jamais pustuleuse. Sa lésion élémentaire, quand on peut la saisir sur une plaque jeune, ou sur la bordure d'une plaque en voie d'extension, est constituée par de minuscules taches érythémateuses ne dépassant pas les dimensions d'une pointe à une tête d'épingle blanche, et le plus souvent péri-pilaires, le point d'émergence du cheveu semblante ntouré par une petite couronne érythémateuse. Le décollement de l'épiderme par un afflux de polynucléaires et de cocci, en un mot la pustule péri-pilaire fait défaut. Cette « sécheresse » du processus inflammatoire s'oppose du tout au tout au processus suppuratif de la folliculite décalvante.

Quand la pseudo-pelade s'étend, elle le fait le plus souvent de façon capricieuse et ne s'étend pas en « tache d'huile », de proche en proche comme la folliculite décalvante. Certes plusieurs petites plaques de pseudo-pelade peuvent confluer pour former une plaque plus grande. Mais l'affection se distribue de façon irrégulière et capricieuse, multipliant sans ordre ses points d'attaque.

Les arguments histologiques viennent se surajouter aux arguments cliniques que nous venons d'exposer, et les renforcent. Pas plus histologiquement que cliniquement, la pseudo-pelade ne montre de « pustule », de collection à polynucléaires. La nature de son infiltrat la rapprocherait plutôt du lupus érythémateux. Notre observation personnelle en est un nouvel exemple.

Il nous semble donc être en droit de séparer ces deux affections : la pseudo-pelade est une périfolliculite sèche qui s'oppose à la folliculite suppurée du type Laillier-Quinquaud. La question du diagnostic différentiel entre ces deux affections se pose donc franchement. Tout ce que nous venons de dire à propos des arguments cliniques qui les séparent représente précisément les éléments de ce diagnostic différentiel.

Si l'on examine un malade au stade terminal, cicatriciel, le diagnostic, par contre, pourra être singulièrement plus embarrassant : les commémoratifs, l'existence ou l'absence de lésion suppurative initiale, la forme, la dimension, la dissémination des points déglabrés seront autant d'arguments à discuter pour établir le diagnostic initial.

Bornons-nous à signaler rapidement que des gommes, des abcès, des traumatismes peuvent devenir le point de départ de véritables alopécies cicatrielles. Le tissu de réparation de ces lésions est plus irrégulier et reproduit la forme soit de la blessure, plus ou moins irrégulière, soit du furoncle ou de l'abcès qui l'a produit. Les bords déchiquetés de la pseudo-pelade font défaut.

Le diagnostic différentiel de la pseudo-pelade et d'une sclérodermie du cuir chevelu se fonde aussi : 1° sur les contours polycycliques, déchiquetés, des plaques d'alopécie pseudo-peladique ; 2° sur leur multiplicité ; 3° enfin sur les caractères objectifs propres à la sclérodermie. Nous savons que c'est Brocq qui a décrit la sclérodermie en plaques du cuir chevelu (*Pratique dermatologique*, p. 347). « C'est une plaque, ou mieux une bande allongée dans le sens d'un trajet nerveux, rarement irrégulière. Le cuir chevelu, en ce point, est d'un blanc jaunâtre épaissi, comme infiltré, difficile à mouvoir sur les parties sous-jacentes ; parfois on observe, tout autour de la plaque, le *lilac ring* pathognomonique ».

Les cicatrices consécutives au favus guéri créent une, deux ou trois grandes surfaces alopéciques cicatricielles, même s'il s'en présente beaucoup d'autres petites. Le début de l'affection remonte à l'enfance, les godets ou les croûtes précèdent le stade cicatriciel. La cicatrice du favus a d'ailleurs, pour un œil averti, un aspect nettement différent de celle de la pseudo-pelade ; le cuir chevelu est plus cicatriciel encore, plus aminci avec, par places, un aspect franchement atrophique et comme plissé ; enfin il est bien rare que la cicatrice du favus ne présente pas encore de-ci, de-là en pleine zone alopécique, quelques cheveux isolés, amincis, grêles, partiellement décolorés, lanugineux et frisottants. Alors que lorsqu'on trouve un cheveu isolé en bordure d'une plaque de pseudo-pelade, il se présente avec des caractères normaux, comme forme, dimension et couleur.

Il n'y a aucune ambiguïté entre le diagnostic d'une pelade et d'une pseudo-pelade. Chaque caractère de la pelade trouve sa contre-partie dans le diagnostic de la pseudo-pelade. La plaque de pelade est ronde ou ovalaire, à contours irréguliers et non déchiquetés, la peau y est lisse et non cicatricielle. Présence de cheveux peladiques du côté où la plaque est en voie d'extension, d'une part ;

de cheveux à bulbes pleins, engainés, d'autre part. Régénération pilaire dans la pelade, déglabration irréversible dans la pseudo-pelade.

VI. — Pseudo-pelade et « lichen spinulosus »

Dans ces dernières années, deux théories un peu surprenantes ont été émises par des dermatologistes anglais à propos de la pseudo-pelade. L'une tend à la rapprocher du *lichen spinulosus*, l'autre du lichen plan.

La proposition à laquelle la plupart des dermatologistes anglais s'étaient ralliés était la suivante : « la pseudo-pelade de Brocq, le *lichen spinulosus*, sont l'expression d'un même syndrome morbide dont les manifestations cliniques sont multiples ». Lassueur (de Lausanne) fut le premier à constater l'association du *lichen spinulosus* et de la pseudo-pelade chez une femme de 55 ans qui fut présentée par Graham Little (11) à la Société anglaise de dermatologie en 1915. Deux autres cas analogues furent présentés à Londres dans l'espace de quatre mois, l'un par Wallace, Beatty et Speares (12) ; l'autre par Dore (13). Ces auteurs sont donc frappés, chez les sujets qu'ils ont étudiés, de la coexistence : 1° d'une alopécie décalvante cicatricielle du cuir chevelu (type pseudo-pelade) ; 2° d'une alopécie axillaire et pubienne non cicatricielle ; 3° de lésions cutanées caractéristiques du *lichen spinulosus* en général très prononcées, siégeant essentiellement dans les creux axillaires, autour des épaules, sur le thorax, la poitrine, quelquefois même sur les extrémités inférieures. Cette triade semble caractéristique à ces auteurs ; elle constitue une même entité clinique ; « il y a un même processus atrophiant, aboutissant à la disparition définitive des cheveux et des poils » (Lassueur). Cet auteur (1), insiste sur le fait que l'on peut retrouver sur les plaques alopéciques du cuir chevelu des saillies filiformes, sèches, émergeant des orifices pilo-sébacés et caractéristiques du *lichen spinulosus*. Le *lichen spinulosus* des auteurs anglais correspond à l'acné cornée des Français : c'est une hyperkératose de l'ostium folliculaire qui donne lieu à

(1) Cité par Photinos dans son livre sur la pseudo-pelade, p. 287.

un bouchon corné conique qui jaillit des orifices pilo-sébacés. Toutes ces saillies cornées acuminées constituent le symptôme dit spinulosisme. Le spinulosisme, pour M. Darier, peut venir compliquer diverses dermatoses : le *lichen scrofulosorum*, les syphilides péri-pilaires, le *pityriasis rubra* pilaire. Ces termes de *lichen spinulosus* et de spinulosisme, dont il semble que l'on ait fait quelques abus dans ces derniers temps, dans la littérature dermatologique, appellent quelques réflexions. Pour M. Pautrier, l'appellation de *lichen spinulosus* est de nature à engendrer des confusions. Depuis que grâce à Erasmus Wilson nous sommes sortis du chaos qu'était antérieurement le groupe des lichens, le terme de « lichen » devrait être réservé au lichen plan. Le *lichen spinulosus* est-il vraiment un lichen plan ? Certains auteurs anglais semblent tentés de le croire ; peut-être dans certains de ces cas s'agit-il de ces formes indiscutables de lichen plan péri-pilaire. Mais il est bien certain que dans la grande majorité des faits publiés sous le nom de *lichen spinulosus* il ne s'agit nullement de lichen plan. Rappelons que pour MM. Sabouraud et Pautrier l'anatomie pathologique du lichen plan est si hautement spécifique qu'elle interdit de faire rentrer dans ce cadre clinique tous les cas où elle fait défaut.

En réalité, sous ce terme de *lichen spinulosus* et sous celui plus large encore de spinulosisme, on décrit une affection superficielle et peut-être assez banale de l'ostium folliculaire. Voulant en avoir le cœur net, nous nous sommes reportés à la description histologique qui a complété l'observation de Beatty. Nous l'avons trouvée parfaitement superposable à celle de Leloir et Vidal (14) lorsque ceux-ci décrivirent l'acné cornée. Nous la reproduirons entièrement : « Les lésions anatomiques de l'acné cornée consistent en un épaississement considérable de l'épiderme corné du follicule ; au milieu des cellules cornées on trouve encore, surtout dans les parties profondes de la production intra-folliculaire, des cellules épidermiques douées d'une vitalité réelle, accusées par la coloration facile de leurs noyaux et de leur protoplasme. La persistance de ces cellules montre que le processus de kératinisation est incomplet. Les poils sont étouffés par les cellules cornifiées. Autour du follicule atteint, le *stratum lucidum* et la couche granuleuse persistent ; cette dernière est même un peu épaissie et ses cellules fortement chargées d'éléidine. Le corps muqueux de Malpighi est notablement

épaissi, hypertrophié par places. Les vaisseaux dermiques superficiels sont dilatés, entourés par places de manchons de cellules embryonnaires, mais les lésions inflammatoires sont en réalité très peu accentuées ».

Pour Leloir et Vidal, *les lésions de l'acné cornée sont au follicule pilaire normal, ce que le comédon est au follicule sébacé normal*. Nous sommes donc en présence d'une réaction hyperkératosique exubérante de l'épiderme du collet du follicule, au point que les masses cornées jaillissent de l'orifice folliculaire ; les poils se trouvent étouffés par les cellules cornées.

Mais combien ce processus destructeur vis-à-vis du follicule pileux est différent de celui que nous avons observé dans la pseudo-pelade : infiltrat dense péri-vasculaire et péri-pilaire suivi d'une organisation fibreuse telle que le poil est réduit à un trousseau fibreux. Si ces deux processus alopéciant relèvent d'un agent pathogène identique, comme l'affirment les auteurs anglais, il nous semble que tant que nous n'aurons pas précisé cet agent pathogène, nous devrons continuer à séparer le *lichen spinulosus* et la pseudo-pelade que leurs traits histologiques individualisent suffisamment.

Photinos, à l'occasion du Quatrième Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, présenta un malade où les lésions pseudo-peladiques et spinulosiques coexistaient. Ramel (de Lausanne), Ravaut et Sabouraud s'élevèrent contre la tendance à faire de la pseudo-pelade un phénomène de spinulosisme. Photinos, dans son livre sur la pseudo-pelade, lorsqu'il aborde la discussion des rapports de la pseudo-pelade et de l'acné cornée fait remarquer que dans 90 o/o des cas, la pseudo-pelade se trouve seule, sans aucune autre lésion du corps et des muqueuses. Il rapporte aussi l'observation d'un malade atteint de lésions mixtes pseudo-peladiques et spinulosiques ; celles-ci guérissent rapidement à la suite d'applications de rayons X, tandis que la pseudo-pelade est une alopécie essentiellement cicatricielle, c'est-à-dire n'admettant aucune guérison, aucune repousse des cheveux. D'autre part, les lésions élémentaires sont bien tranchées pour chacune de ces dermatoses qu'on tend à unifier ; d'un côté, nous avons des saillies cornées acuminées qui émergent en quelque sorte des orifices pilo-sébacés, de l'autre, nous avons une alopécie essentiellement cicatricielle, sans réaction folliculaire appréciable.

Nous ne saurions donc admettre l'assimilation de ces deux affections, simplement parce qu'elles siègent toutes les deux au niveau du follicule pileux.

VII. — Pseudo-pelade et lichen plan

En feuilletant les comptes-rendus de la Société Royale de dermatologie anglaise, nous avons trouvé deux observations plus qu'inattendues : l'une présentée par Dowling (15) est celle d'une jeune fille de 19 ans ayant un lichen plan depuis 9 mois. Au cours de celui-ci apparurent au cuir chevelu une douzaine de taches alopéciques et cicatricielles sans réaction folliculaire. Ces deux lésions sont, dit l'auteur, en relations étroites l'une avec l'autre ; l'auteur se range à l'avis de Graham Little ayant affirmé que la pseudo-pelade, le *lichen spinulosus* ne sont que des formes de lichen plan. Nous reportant à l'observation de Graham Little (16) nous retrouvons la même conclusion appuyée, cette fois, au cours de la discussion, par Barber (17) que la pseudo-pelade de Brocq est une phase terminale de lichen plan.

On ne peut qu'éprouver une vive surprise en voyant ainsi affirmer, sans autres arguments cliniques et histologiques à l'appui, la parenté, voire même l'identité d'affections aussi différentes que le lichen plan et la pseudo-pelade, l'une et l'autre étant reliée par ce terme de spinulosisme. Nous venons de nous expliquer suffisamment au sujet de ce dernier : ou il y a des lésions péri-pilaires ayant les caractères de l'infiltrat du lichen plan, se moulant sur les deux lèvres de l'infundibulum pilaire et alors on doit dire : « lichen plan péri-pilaire », ou ces lésions manquent et l'on trouve le tableau histologique que nous avons rapporté comme étant celui de l'acné cornée, et même si l'on veut appliquer à cette lésion le terme de « spinulosisme » il faut reconnaître qu'elle n'a rien à voir avec le lichen plan.

De la papule typique de lichen plan de Wilson, ou même de ses formes péri-pilaires, à la pseudo-pelade, il y a très loin, aussi bien au point de vue clinique qu'histologique.

La seule forme de lichen plan capable de créer des lésions cicatricielles, c'est le lichen plan atrophique ou scléreux décrit par

Hallopeau et Darier. Mais c'est un lichen plan légitime, dans lequel les papules s'affaissent à leur centre et confluent en nappes avec les papules voisines. Les taches atrophiques ainsi constituées sont nacrées, blanches, polycycliques et présentent des dépressions punctiformes. La ressemblance du lichen atrophique avec certaines morphées est frappante, mais, comme Hallopeau l'a fait remarquer, on y retrouve les vestiges de papules brillantes, polygonales, typiques de lichen plan. Ici encore, nous retrouvons l'aspect histologique du lichen plan avec une bande de sclérose interposée entre l'épiderme et l'infiltrat.

Les conclusions des auteurs anglais nous paraissent donc plus qu'inattendues et nous ne saurions les accepter.

VIII. — Pathogénie, étiologie

Au fur et à mesure que se dessinait le profil de la pseudo-pelade de Brocq, nous avons vu les auteurs poser des inconnues et ne formuler des hypothèses étiologiques qu'avec la plus grande prudence. Brocq, qui a été le père de la pseudo-pelade ne cache pas son ignorance mais estime que la disposition des lésions, leur marche serpigineuse sont des arguments puissants en faveur de la théorie microbienne. Civatte, au contraire, pour des raisons histologiques que nous avons exposées, la sépare des folliculites microbiennes et lui attribue une origine toxique et un mécanisme endocrinien.

Photinos verse plutôt dans la nature microbienne de la pseudo-pelade ; il tire un argument de la propagation des lésions en tache d'huile, de l'aspect serpigineux des lésions. Il cite, à l'appui de son hypothèse, l'opinion de Dreuw. Nous savons qu'en 1913, Dreuw décrivit l'*alopecia parvimaculata* qu'il avait observée chez des enfants des écoles de Berlin au nombre de 200. Le chiffre de 200 cas de pseudo-pelade trouvés dans une population scolaire est si extraordinaire qu'il ne saurait être accepté que sous les plus expresses réserves et qu'il est presque certain qu'il englobe un nombre considérable d'alopécies n'ayant rien à voir avec l'affection que nous étudions. Dreuw lui-même n'ose pas encore décider si ces formes sont identiques à la pseudo-pelade de Brocq. L'argu-

ment tiré du rapport de Dreuw est donc de bien peu de valeur. Photinos cite les observations de Milian qui présenta quatre cas de pseudo-pelade coexistant avec la lèpre, celle de Hodora et du professeur Photinos d'Athènes qui décrivirent des cas de pseudo-pelade d'apparence familiale. Enfin, comme preuve plus directe, Photinos cite le résultat de ses propres expériences que nous avons relatées : chez deux cobayes, dépilation d'une surface tégumentaire à l'aide d'une levure isolée par culture, après ensemencement du cheveu pseudo-peladique ; mais comme nous l'avons dit, ces expériences devraient être reprises avant qu'on ne puisse en tirer la moindre conclusion ; n'avons-nous pas vu tous ceux qui recherchèrent un germe pathogène dans les lésions pseudo-peladiques nous signaler le résultat négatif de leurs investigations. Cet ensemble d'arguments, en faveur de la théorie microbienne de la pseudo-pelade terminant le travail de Photinos, nous semble bien fragile. Sabouraud (18), dans son dernier traité : *Affections du cuir chevelu* s'est exprimé d'une façon catégorique : « Ce qu'on peut dire, c'est que la nature microbienne de la pseudo-pelade n'est pas démontrée ».

Il est pour ainsi dire impossible, en relisant les observations que nous avons à l'heure actuelle entre les mains, de tracer un tableau exact de l'état de santé générale des pseudo-peladiques. Ce n'est qu'exceptionnellement, et d'une façon isolée (cas de Brocq et de Darier) qu'on trouve une contamination syphilitique dans les antécédents des malades. Dans les 18 cas de pseudo-pelade que Photinos a étudiés à l'Hôpital Saint-Louis, aucun signe de tuberculose viscérale ou cutanée n'a été relevée à l'observation. Des inoculations au cobaye de fragments de lésions biopsées n'ont pas tuberculisé le cobaye. Signalons encore les recherches d'Ayrignac sur les échanges nutritifs de quatre cas soumis à ses analyses. Il a pu noter, d'une façon constante, la diminution du coefficient d'utilisation azotée, la déminéralisation de l'organisme. Il remarqua que la destruction des albuminoïdes porte sur les composés phosphorés tels que les nucléo-albumines et surtout sur les éléments protéiques les plus riches en soufre, tels que les kératines. Ainsi l'un des malades avait un coefficient urinaire du soufre total à l'azote totale double du rapport normal. Dans les quatre cas la dépuration urinaire était insuffisante. Ces protocoles d'analyses établis par

Ayrignac constituent un pas dans l'étude vraiment scientifique et objective de cette mystérieuse dermatose, mais, comme le fait remarquer l'auteur, ces analyses nécessitent une hospitalisation des malades, le plus souvent impossible à obtenir.

Nous voyons combien à l'heure actuelle il est impossible de classer ces propositions étiologiques parfois contradictoires ; elles suggèrent des méthodes d'investigation, posent des problèmes sans les résoudre, vis-à-vis d'une dermatose pourtant bien individualisée cliniquement et histologiquement. On peut dire que le chapitre étiologique reste entièrement ouvert.

Bibliographie

1. Brocq. — *Soc. Médic. des Hôp. de Paris*, Séance du 12 octobre 1888.
2. Brocq. — *Pratique Dermatologique*, t. II, p. 648, 1907.
3. Quinquaud. — Une folliculite épilante et destructive des régions velues. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1888, p. 395.
4. Brocq, Langlet, Ayrignac. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1905, pp. 97 et 209.
5. Sabouraud. — *Séborrhée, acné, calvitie*, 1902, p. 267.
6. Darier. — *Précis de Dermatologie* (Masson, édit.), p. 517.
7. Sabouraud. — *Pelades et alopécies* (Masson, édit.), 1929, p. 187.
8. Photinos. — *La Pseudo-pelade de Brocq*, 1930, Maloine, édit.
9. Civatte. — Etude anatomo-pathologique de la pseudo-pelade, p. 411 du livre de Photinos sur la pseudo-pelade.
10. Chirivino. — Clinique dermato-vénéréologique de l'Université de Naples. Analyse in : *Archiv für Derm. und Syphilig.*, 1908, p. 243.
11. Graham Little. — Un cas de folliculites décalvantes et atrophiantes. *British Journal of Dermatology*, 1915, p. 183.
12. Wallace, Beatty, Speares. — Un cas de folliculite décalvante et de *lichen spinulosus*. *Bristish Journal of Dermatology*, 1915, p. 331.
13. Dore. — *Lichen spinulosus* et folliculite décalvante. *Bristish Journal of Dermatology*, 1915, p. 295.
14. Leloir et Vidal. — Recherches anatomiques sur l'acné cornée. *Comptes-rendus de la Soc. de biologie*, avril 1882.
15. Dowling. — Un cas de pseudo-pelade associé à du lichen plan. *Proceedings of the Royal Society of dermatology*, juin 1925, p. 44.
16. Graham Little. — Lichen plan, *lichen spinulosus*, atrophie cicatricielle du cuir chevelu. *Proceedings of the Royal Society of dermatology*, fevrier 1932, p. 384.
17. Barber. — Lichen plan atypique. *Proceedings of the Royal Society of dermatology*, janvier 1929, p. 351.
18. Sabouraud. — *Affections du cuir chevelu*, 1932, Masson, édit , p. 401.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juin 1933.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Le saprophytisme des germes vénériens, par P. Durel. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, no 6, juin 1933, p. 401.

Dans cette étude, D. définit tout d'abord le saprophytisme vrai des germes vénériens, c'est-à-dire leur présence chez un sujet sain, non en incubation ni en convalescence de l'affection créée par le germe envisagé. Il passe en revue les diverses affections vénériennes et donne pour chacune d'elles l'état actuel des recherches. Démontré pour le gonocoque, le saprophytisme est possible aussi pour le bacille de Ducrey et des recherches systématiques permettraient d'en apprécier la fréquence. Les observations faites quant au tréponème sont trop rares pour qu'on puisse conclure définitivement, mais quelques éléments plaident en faveur de cette notion. Pour la maladie de Nicolas-Favre, la pluralité des aspects de cette affection gêne pour faire d'un contaminateur qui n'a ni chancre ni bubon, un porteur de virus, mais la conclusion actuelle de la question est quand même dans quelques cas en faveur de l'hypothèse du saprophytisme. Cette question est de grande importance au point de vue prophylactique et médico-légal, mais il est difficile d'estimer exactement le danger de ce saprophytisme.

H. Rabeau.

Cas anciens d'embolie artérielle après injections intramusculaires de sels mercuriels solubles, par A. Lévy-Bing et R. Barthélemy. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, no 6, juin 1933, p. 432.

Les observations d'accidents dits emboliques, d'origine artérielle, se sont multipliées dans ces dernières années, tant à la suite d'injections de sels insolubles que de sels solubles. Ces faits étaient très connus, mais la cause n'en avait pas été éclaircie. Les auteurs publient quatre observations déjà anciennes (1903), à la suite d'injections de sels solubles de mercure. Discutant la pathogénie de ces accidents, il leur semble que la part prépondérante de l'occlusion mécanique, primitive (par le produit insoluble) ou secondaire (par thrombose), de l'artère, a été

trop largement acceptée. Comme P. Chevallier, ils pensent que le rôle du spasme artériel n'est pas négligeable. Ce spasme peut être dû à deux causes : la première est le réflexe vaso-constricteur à point de départ endartériel ; la deuxième réside, dans une irritation non plus endo-, mais péri-artérielle. La gaine sympathique paraît devoir être mise en cause. En faveur de cette hypothèse plaident la sensation si particulière d'électrisation, la douleur immédiate avec ses caractères rappelant les phénomènes du type causalgique, enfin, la curabilité complète de certaines formes à début pourtant dramatique.

H. Rabeau.

Archives de l'Institut Prophylactique (Paris).

La syphilis en Afrique équatoriale française, par Bouffard. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. V, n° 2, 2e trimestre 1933, p. 145.

B. fait remarquer que la syphilis est inégalement répartie en Afrique Équatoriale ; tandis que dans certaines régions elle progresse peu par suite des habitudes sédentaires des habitants, dans d'autres elle se propage très rapidement du fait de la fréquence de certaines lésions très riches en spirochètes, comme les condylomes. L'effort prophylactique doit donc porter sur ces centres, avant d'entreprendre un programme plus étendu. Un centre prophylactique est déjà installé à Brazzaville.

H. Rabeau.

La syphilis des immigrants et travailleurs nord-africains pénétrant en France. Comment la combattre, par M. Leger. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. V, n° 2, 2e trimestre 1933, p. 182.

La syphilis est certainement moins fréquente parmi les travailleurs en France que dans les pays voisins. Even a montré que souvent les contrôles sanitaires étaient une simple formalité au Havre. Des immigrants refusés par d'autres pays, entrent librement en France et peuvent y répandre la maladie. Heckenroth a montré qu'il en est souvent de même à Marseille. L. estime que l'examen du sang est nécessaire pour dépister la syphilis, car bien souvent l'examen clinique est insuffisant ; la méthode photométrique de Vernes répond le mieux à ce besoin, étant moins sujette à des variations que la méthode de Wassermann et ses dérivés. Tous les travailleurs devraient être examinés à ce point de vue et recevraient une carte sanitaire qui suivrait le travailleur dans ses pérégrinations. Les syphilitiques seraient admis, mais devraient se soumettre à un traitement. L'Institut prophylactique a créé de tels centres au Havre, Toulon et Brest ; un dispensaire fonctionnera bientôt à Marseille sous la direction du Dr Ribot. Des installations photométriques ont été adoptées par la Marine à Toulon, Brest, Cherbourg, Lorient, Rochefort, Bizerte.

H. Rabeau.

Le liquide céphalorachidien dans la syphilis méningée. Quelques aperçus sur le traitement par la tryparsamide, par E. L Kwiatkowski. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. V, nº 2, 2e trimestre 1933.

K. montre par des exemples les modifications du liquide céphalo-rachidien, leur mode d'apparition, leur retour à la normale ou les réactions persistantes du liquide céphalo-rachidien sous l'influence du traitement. Il a particulièrement étudié l'action de la tryparsamide nettement inférieure aux autres médicaments usuels dans la syphilis sans participation méningée, mais, par contre, très active dans celle avec participation méningée et surtout celle où existe un retentissement cérébral. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Néphrite syphilitique secondaire. Absence de lipoïdose. Action de la fièvre, par A. Sézary et A. Gallot. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, nº 18, 5 juin 1933, p. 716.

Un syphilitique au début de la période secondaire présente une albuminurie de 3 grammes. Après 5 injections de bi-iodure surviennent les symptômes de la néphrite syphilitique secondaire : œdème considérable et généralisé, albuminurie de 4 à 5 grammes. Sous l'influence d'une grippe, avec fièvre vers 40° pendant 3 jours, l'albuminurie monte d'abord à 16 à 17 grammes. Mais avant même la chute de la fièvre, sans aucun traitement spécifique ou diurétique, le volume des urines monte à 3 litres, les œdèmes diminuent, le poids baisse de 11 kilogrammes en 9 jours, l'albumine tombe à 0,25 centigrammes, l'urée sanguine à 32 centigrammes. Un traitement par le cyanure et le novarsénobenzol a été par la suite parfaitement toléré. Les auteurs insistent sur l'absence de lipoïdose, et sur l'effet salutaire d'une fièvre grippale sur cette néphrite œdémateuse. H. Rabeau.

Syphilome du voile du palais chez une diabétique. Dispositions de la syphilis occulte, par M. Pinard et Tavennu. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, nº 18, 5 juin 1933, p. 771.

Femme de 47 ans, diabétique, présentant une lésion infiltrée et ulcéreuse du voile du palais. Les examens sérologiques sont négatifs. On pense à un néoplasme, une biopsie montre qu'il ne s'agit pas d'épithélioma. Un traitement d'épreuve reste sans résultat. Une nouvelle biopsie conclut à un syphilome muqueux ; mais cependant l'épithélium de revêtement pénètre profondément dans le stroma bourré d'éléments inflammatoires. « Il s'agit très vraisemblablement d'une hyperplasie épithéliale pagétoïde ». Cas intéressant de syphilis occulte, dont les auteurs notent les étapes : énurésie jusqu'à 6 ans, accouchement d'un enfant de 13 livres, diabète, syphilome palatin. Ils espèrent que le

dernier anneau de cette chaîne manquera : transformation épithéliomateuse. H. RABEAU.

Ulcérations dues aux barbituriques, par F. COSTE et M. BOLLERT. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, no 20, p. 779.

Deux cas d'intoxication barbiturique : dans le premier cas, siège fessier et aspect de lésions comparables à celles du *decubitus acutus* du coma apoplectique, avec cependant un caractère assez spécial d'infiltration profonde d'emblée et de large nécrose. Dans le deuxième cas, où le coma fut très léger et de courte durée et les phlyctènes et ulcérations localisées aux plantes des pieds, on se trouve ramené à l'idée d'un trouble trophique d'origine névritique ou radiculo-médullaire et dû, par exemple, à l'action du toxique sur les cornes ou les cordons postérieurs. H. RABEAU.

Légères ulcérations variées au cours d'une intoxication par un composé barbiturique pris à dose minime, par P. SAINTON. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 49e année, no 20, p. 799.

Malade de 34 ans, mélancolique, anxieuse, entrée à l'hôpital à la suite de crise paroxystique. Soumise à un traitement par un composé contenant 0,01 de phényl-méthyl-malonylurée, elle absorbe 6 centigrammes par jour pendant 8 jours. A ce moment, fièvre à 38°6-40°, puis rash scarlatiniforme d'origine médicamenteuse. La fièvre et le rash disparus, la malade présentait deux petites ulcérations latérales, un peu au-dessus du coccyx, qui ne sont pas dues à un décubitus prolongé. H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Des médications adjuvantes dans le traitement de la syphilis, par GALLIOT. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 137e année, no 11, 9 juin 1933, p. 406.

G. insiste sur la nécessité de médications adjuvantes dans le traitement de la syphilis, afin de rendre meilleure l'assimilation des médicaments antisyphilitiques. Il faut mettre l'organisme en bon état, et adjoindre au traitement spécifique un régime, une médication hépatique et rénale. H. RABEAU.

Journal de Médecine de Paris.

Que penser d'une forme invisible du virus syphilitique et pourquoi le rendre seul responsable du pouvoir pathogène spécifique, par BESSEMANS (Gand). *Journal de Médecine de Paris*, 53e année, no 23, 8 juin 1933, p. 504.

P. Lépine ayant émis l'avis que l'on doit admettre la coexistence de deux formes du virus syphilitique, l'une infra-visible granulaire, l'autre

visible spirochétienne, la première étant la forme virulente, B. critique cette théorie. Pour lui, l'existence d'une forme invisible ou infra-visible du virus syphilitique est vraisemblable, mais nullement prouvée. Rien ne justifie, certains faits infirment même, l'hypothèse que la forme invisible, en supposant qu'elle existe, détiendrait seule la virulence de l'agent causal, tout tendant à montrer au contraire que celle-ci est également l'apanage des formes visibles. H. Rabeau.

La Presse Médicale (Paris).

Technique et interprétations des résultats de quelques réactions de floculation utilisées actuellement pour le diagnostic de la syphilis, par J. Beck. *La Presse Médicale*, 41e année, no 47, 17 juin 1933, p. 961.

Exposé pratique sous forme de tableau des réactions de Kahn, de Müller, de Meinicke et d'une réaction dérivée de Kahn par Babonneix, Boucher, Choay. H. Rabeau.

Les nodosités juxta-articulaires et leurs rapports avec la syphilis, par R. Burnier. *La Presse Médicale*, 41e année, no 49, 21 juin 1933, p. 995.

Dans cette excellente revue critique, B., qui s'est depuis longtemps attaché à cette question, montre les caractères cliniques et histologiques de cette affection, son évolution. Il étudie les diverses recherches étiologiques, le diagnostic aisé si l'on y pense. Mais si les nodosités juxta-articulaires des pays tropicaux peuvent reconnaître une origine multiple (pian, mycoses, filariose), la constatation d'une telle nodosité chez un malade qui n'a jamais été aux colonies doit immédiatement faire rechercher la syphilis ; c'est, en effet, dans la grande majorité des cas un syphilome fibreux ou fibroïde qui disparaîtra sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique. H. Rabeau.

La nocivité des médications antisyphilitiques pour le rein et le traitement de la syphilis rénale, par A. Sézary. *La Presse Médicale*, 41e année, no 51, 28 juin 1933, p. 1035.

Les médications antisyphilitiques nous paraissent léser les reins suivant quatre processus principaux. Il faut d'abord faire intervenir la toxicité des produits, puis les phénomènes de réactivation lésionnelle, néphro-réaction ; parfois encore une intolérance du parenchyme rénal vis-à-vis des produits médicamenteux, néphrite allergique ; enfin certaines néphrites post-thérapeutiques, néphrites toxi-infectieuses biotropiques. S. envisage ces divers processus et les diverses médications, et montre combien il peut être délicat de diriger la thérapeutique chez des sujets atteints de syphilis rénale ou d'une ancienne néphrite spécifique. L'arsenic pentavalent et l'iodure de potassium ne doivent pas être employés dans le traitement des syphilitiques dont les reins sont imperméables. Chez tout syphilitique dont la dépuration urinaire est insuffisante on doit formellement proscrire les injections de

préparations insolubles de corps mercuriels. L'arsenic trivalent n'a aucune action toxique sur le rein, mais on peut observer des phénomènes de réactivation de lésion rénale ou d'intolérance. Le bismuth est plus toxique aux doses usuelles. Le médicament le plus actif, l'arsenic trivalent, est le moins dangereux, la réactivation possible sera évitée en faisant précéder le traitement d'un traitement mercuriel par le cyanure intraveineux, en exerçant un contrôle minutieux de la tolérance rénale.

H. Rabeau.

Lyon Médical.

Résultats du traitement chirurgical de la maladie de Raynaud d'après 16 cas opérés, par R. Leriche et Fontaine. *Lyon Médical*, t. CLI, 65e année, no 23, 4 juin 1933, p 692.

Depuis 10 ans, les auteurs ont opéré par des opérations sympathiques 16 malades atteints de maladie de Raynaud. Le dépouillement de leurs observations et de celles existant dans la littérature les a conduits aux conclusions suivantes :

1° Par les opérations sympathiques, on peut souvent supprimer à peu près complètement et de façon durable (7 ans, 8 ans) les manifestations de la maladie de Raynaud. Certains résultats équivalent à des guérisons : les douleurs n'existent plus, les crises sont supprimées, et après des années, il n'y a aucun trouble trophique.

2° Ces résultats peuvent être obtenus avec des opérations très simples, non mutilantes, réservant complètement l'avenir, comme la sympathectomie péri-artérielle.

3° Parfois, cependant, il faut savoir adjoindre à celle-ci des ramisections ou des ablations ganglionnaires.

4° Mais ces dernières ne doivent pas être préconisées comme les opérations toujours préférables et seules efficaces.

5° Il est probablement impossible de supprimer l'innervation vasoconstrictive d'un membre, et ce n'est pas nécessaire pour obtenir une guérison durable dans la maladie de Raynaud.

6° La question doit rester à l'étude, et il faudra encore beaucoup d'observations, longtemps suivies, avant que ne soit éclairci ce problème thérapeutique.

7° De toutes façons, la maladie de Raynaud est une maladie chirurgicale, contre laquelle nous sommes assez bien armés.

Jean Lacassagne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Fibromes de la cavité buccale (Fibrome der Mundhœle), par H. Terovelp. *Archiv für Dermatologie u. Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 1, 1932, p. 1, 8 fig.

L'auteur apporte deux observations avec examens histologiques de fibromes symétriques de la mâchoire supérieure et une observation

de fibromes symétriques de la mâchoire supérieure combinés avec un fibrome de la voûte palatine, cas très rare. OLGA ELIASCHEFF.

La maladie de Feer en dermatologie (Die Feersche Krankheit im Lichte der Dermatologie), par H. G. BODE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 1, 1932, p. 15, 8 fig.

La première description de cette maladie des enfants en bas âge fut donnée par Feer en 1923 ; elle est considérée par lui comme une névrose végétative. Elle débute ordinairement entre 6 mois et 5 ans et demi. Les symptômes les plus fréquents sont : une tachycardie très prononcée (190 battements par minute), une forte augmentation de la tension artérielle, une hypotonie de tous les muscles et des sueurs profuses. Altération de l'état général, insomnie, sensation de soif et souvent conjonctivite et photophobie. Toutes ces manifestations sont accompagnées d'exanthèmes et d'énanthèmes morphologiquement très différents : les extrémités et le nez sont de teinte rouge violacé, les doigts et les orteils, la face dorsale des mains et des pieds présentent un œdème pâteux dur. La peau de la paume des mains et de la plante des pieds est souvent macérée et se détache en grands lambeaux. A côté de ces lésions, on peut constater une dissémination sur tout le corps de papules sur une peau rouge, papules qui se transforment en vésicules et pustules. Les démangeaisons sont très fortes. Après la guérison, restent souvent des taches pigmentées. L'éruption peut persister plus ou moins longtemps et aussi récidiver. On constate en outre assez souvent des ulcérations et des nécroses localisées, surtout aux mains, aux pieds et à la muqueuse buccale. On note, plus rarement, une trichotillomanie chez les enfants atteints de la maladie de Feer. L'auteur apporte une observation personnelle d'un cas chez une fillette de 2 ans et demi et l'examen histologique des différentes lésions cutanées. On trouve histologiquement toujours une acanthose et une papillomatose, une parakératose souvent avec des micro-abcès ; dans la couche épineuse de la nécrobiose, un œdème inter et intracellulaire. Un infiltrat diffus, très dense, polymorphe, dans les corps papillaire et sous-papillaire, infiltrat composé de leucocytes, lymphocytes, mastocytes, de fibroblastes et d'une grande quantité de plasmocytes. Le tissu conjonctif du chorion est nécrosé, le tissu élastique a presque complètement disparu. Les vaisseaux sont très dilatés. La formation des glandes sudoripares est quantitativement très augmentée et elle montre une hyperplasie. Dans la muqueuse buccale, l'auteur constata des corpuscules polaires (« Polkoerperchen ») colorés en rouge vif par la pyronine, arrondis, de 1-5 μ de diamètre ; ce sont des formations homogènes, quelques-unes avec un centre un peu clair et qui contribueront peut-être à élucider l'étiologie de cette maladie. OLGA ELIASCHEFF.

Un cas de psammome du cuir chevelu (Ein Fall von Psammom der Kopfhaut.), par Johannes v. Alkiewicz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 1, 1932, p 47, 2 fig.

Description clinique et histologique d'un cas de psammome (tumeur relativement rare) localisé sur le cuir chevelu, près de la petite fontanelle chez un garçon de 6 ans. L'histologie montra une combinaison du psammome avec un angiome et un nævus mou.

Olga Eliascheff.

Sur la présence simultanée de télangiectasies essentielles, d'urticaire pigmentaire et d'une lymphadénose isolée de la peau (Ueber das Zusammentreffen von essentiellen Teleangiektasien mit Urticaria pigmentosa und isolierter Lymphadenose der Haut), par H. Meyer-Buley *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 1, 1932, p. 81, 2 fig.

Observation d'un cas dans lequel le malade, âgé de 56 ans, présenta en même temps trois maladies différentes : des télangiectasies généralisées (Osler), une urticaire pigmentaire (dont le diagnostic ne peut pas être affirmé avec sûreté par l'auteur) et une lymphadénose isolée de la peau.

Olga Eliascheff.

Sur « l'érythème du neuvième jour » de Milian (Ueber Milians « Erythem des 9e Tages »), par K. Schreiner. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah 1, 1932, p. 94.

L'auteur en a observé une série de cas avec lésions cutanées pendant le traitement par les novoarsénobenzènes chez des hommes et des femmes en proportions égales, après le néosalvarsan, le solusalvarsan ou le salvarsan. Les lésions, qui apparaissent vers le 9e jour, ont un aspect morbilliforme au début, puis, après quelques jours scarlatiniforme. D'après ses observations et les résultats obtenus par différents examens, S. considère « l'érythème du 9e jour » comme un exanthème allergique, accompagné dans beaucoup de cas par des lésions analogues, c'est-à-dire des lésions du type cutanéo-vasculaire de nature allergique. Dans ces cas, on peut sans crainte continuer le traitement, surtout si on se guide par les résultats des épreuves cutanées. Mais on ne peut pas faire une discrimination absolue et exclure une hypersensibilité épidermique entraînant une vraie dermite salvarsanique à côté de l'allergie cutanéo-vasculaire.

Olga Eliascheff.

Sur la pathogénie du psoriasis vulgaire. Le rôle de la rougeole dans son apparition (Zur Pathogenese der Psoriasis vulgaris. Die Rolle der Masern bei ihrer Entstehung), par H. Klein et K. Steiner. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 1, 1932, p. 114.

Les auteurs ne considèrent pas le psoriasis comme une maladie générale, car on ne connaît pas de maladie ni d'anomalie de l'organisme tout entier qui se manifestent pendant toute la vie sur un seul organe. On pourrait envisager sa formation comme « une réaction psoriasique » à la suite d'une cause occasionnelle quelconque agis-

sant sur une peau prédisposée. Les sujets ayant eu la rougeole sont plus rarement atteints de psoriasis. Sur 200 psoriasiques, 103 avaient eu la rougeole (51,5 o/o), tandis que sur 200 autres individus (sujets de contrôle) n'ayant pas eu la rougeole, on constatait 154 cas de psoriasis (77 o/o). Les sujets n'ayant pas eu la rougeole présentaient un psoriasis presque sans rémissions, chez d'autres, le psoriasis récidiva plus souvent. Les auteurs admettent que la rougeole exerce une certaine protection sur la peau, protection confirmée dans quelques cas par la guérison du psoriasis au cours de la rougeole et par la statistique du psoriasis des enfants et des vieillards. Les essais de traitement du psoriasis par le sérum de convalescents de rougeole furent sans effet. Les cultures du sang de 20 psoriasiques (tuberculose) donnèrent des résultats négatifs. Olga Eliascheff.

Sur la sensibilisation de la peau par l'ectebine, application de tuberculine sur la peau (méthode « épicutanée ») et contributions à l'étude de la réaction à la tuberculine appliquée directement sur la peau (Ueber Sensibilisierung der Haut gegenueber epicutaner Tuberkulinapplikation mittels Ektebin (nebst Beiträgen zur Kenntnis der Tuberkulin-Epicutanreaktion), par Ernst Nathan et Paul Kallos. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 1, 1932, p. 133.

Sur 16 sujets sans lésions tuberculeuses de la peau (mais présentant des lésions pulmonaires) qui montraient des réactions négatives à la tuberculine, les auteurs ont pu obtenir des réactions positives typiques par des applications préalables de la pommade à « l'ectebine de Moro ». Il est donc possible de provoquer une hypersensibilité cutanée vis-à-vis de la tuberculine par l'ectebine appliquée directement sur la peau saine (méthode épicutanée). Olga Eliascheff.

Influence de la guerre et du temps d'après guerre sur la propagation de la tuberculose cutanée (Der Einfluss des Krieges und der Nachkriegszeit auf die Verbreitung der Hauttuberculose), par K. G. Ledermann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 1, 1932, p. 154, 1 fig.

La mortalité par tuberculose en Prusse avait diminué avant la guerre, augmenté après la guerre, ainsi que la tuberculose cutanée. Cette augmentation de la tuberculose cutanée s'explique par les mauvaises conditions matérielles et hygiéniques et par le manque d'argent pendant l'inflation. Parmi les formes de la tuberculose, l'auteur a constaté l'augmentation de la tuberculose ganglionnaire (lymphomes, surtout chez la femme), du scrofuloderme et du lupus. Les cas de tuberculose verruqueuse ne furent pas plus fréquents. Olga Eliascheff.

Statistique sur la tuberculose verruqueuse (Statistische Untersuchungen über Tuberculosis verrucosa cutis), par K. G. Ledermann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 1, 1932, p. 163.

On a observé à la clinique de Breslau, pendant les années 1920-1924,

sur 1.032 cas de tuberculose cutanée, 65 cas de tuberculose verruqueuse localisée : 55 fois aux membres supérieurs et 10 fois aux membres inférieurs, 48 cas concernaient des hommes et 17 cas des femmes. D'après Lewandowsky, les ganglions lymphatiques sont très souvent atteints dans cette forme de tuberculose, mais l'auteur ne peut pas, d'après son matériel, confirmer cette fréquence, car la tuberculose verruqueuse est considérée comme une tuberculose d'inoculation survenant après une infection due au bacille du type bovin, principalement chez les ouvriers.

Ordinairement, les femmes sont plus fréquemment atteintes de tuberculose cutanée. Les sujets de 20 à 30 ans ont été les plus atteints pendant les années 1918-1920.

Parmi les 65 malades, 18 présentèrent des lésions pulmonaires, dues à l'auto-infection. L'infection hématogène fut constatée par l'auteur à la suite d'une diphtérie, chez un enfant de 4 ans, porteur d'une lésion tuberculeuse de la main droite. Dans 3 cas examinés bactériologiquement : on trouva dans 2 cas (chez un boucher et un vacher) des bacilles tuberculeux du type bovin, dans 1 cas (chez un cocher habitant la campagne) le bacille du type humain. OLGA ELIASCHEFF.

La tuberculose d'inoculation de la peau du rat (Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée à anergie positive (Diel nokulations tuberculose der Rattenhaut. (Ein Beitrag zur Frage der Hauttuberkulose mit positiver Anergie), par Werner JADASSOHN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 1, 1932, p. 169, 3 fig.

Travail expérimental sur l'infection intra et sous-dermique du rat par le bacille de Koch. L'auteur conclut : On peut constater chez le rat des lésions démontrables pendant plusieurs semaines après l'infection par le bacille de Koch et cela même chez les animaux qui ont été infectés avec ce bacille 1 ou 4 mois avant l'expérience. Ces lésions se distinguent par une structure tuberculoïde, laquelle apparaît très tôt (à la fin de la troisième semaine). Il s'agit d'une structure folliculaire composée presque toujours de cellules épithélioïdes, ces dernières entourées d'une zone plus ou moins prononcée de cellules lymphoïdes. On trouve dans ces lésions, dans la majorité des cas, de nombreux bacilles de Koch, excessivement fins, granulés, ne présentant presque jamais l'aspect normal de ces bacilles.

Les inoculations au cobaye et les cultures pratiquées avec les lésions tuberculeuses inoculées des rats ont été tantôt positives, tantôt négatives. Il existe, d'après la bibliographie et les expériences de J., une grande analogie entre la tuberculose cutanée expérimentale du rat et certaines tuberculoses cutanées humaines, c'est-à-dire les formes à anergie spécifique ou positive vis-à-vis de la tuberculine (J. Jadassohn), spécialement la sarcoïde de Bœck. Dans les deux cas, la réaction à la tuberculine est négative (dans la sarcoïde dans la plupart des cas, chez le rat toujours). On constate la présence dans le sang de substances

qui renforcent ou diminuent la réaction cutanée vis-à-vis de la tuberculine. On ne trouve pas histologiquement de bacilles dans les sarcoïdes et rarement dans les lésions du rat, et il s'agit alors de bacilles modifiés. Il semble que l'anergie positive suffit à faire disparaître les bacilles des sarcoïdes, tandis qu'elle n'amène qu'une modification des bacilles chez les rats dont la peau a été inoculée par des doses massives.

OLGA ELIASCHEFF.

Recherches in vivo sur la cytologie de la moelle osseuse au cours de la Syphilis (Untersuchungen in vivo über das cytologische Verhalten des Knochenmarkes im Verlaufe der Syphilis), par Fr. WALTER et R. TRZEBICKY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 1, 1932, p. 179.

Les auteurs ont examiné la formule cytologique de la moelle osseuse (par la méthode modifiée d'Arinkin, ponction *in vivo* de la moelle osseuse du *manubrium sterni* et aspiration du sang) chez 22 sujets syphilitiques. Ils concluent que le virus syphilitique peut produire des modifications dans la structure du tissu médullaire et dans celle des éléments du sang. On constate dans des cas de syphilis de longue durée une augmentation des lymphocytes (5,25-28 o/o), une diminution des myéloblastes et des myélocytes, une dégénérescence prononcée des monocytes. Dans un cas de syphilis tertiaire et dans une syphilis maligne précoce, les auteurs constatèrent aussi une dégénérescence des lymphocytes. Dans la syphilis primaire, la dégénérescence cellulaire fut rare. Le traitement antisyphilitique fait régresser ces modifications cellulaires.

OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur la question de l'étiologie de l'angiokératome de Mibelli (Beitrag zur Frage der Aetiologie der Angiokeratoma Mibelli), par J. STEIN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, fasc. 6, juin 1933, p. 320.

A propos de 2 cas observés à Odessa, S. examine la question et conclut que l'étiologie de l'angiokératome peut être cherchée dans les engelures ou dans la tuberculose. (S. note la rareté de l'angiokératome en Russie : il y a là une question de géographie médicale ; personnellement, j'en ai bien observé une centaine de cas, et presque toujours chez les porteurs d'engelures. — N. d. T.)

CH. AUDRY.

Syphilis latente et inoculation des ganglions lymphatiques (Latente Syphilis und Inokulation lymphatischer Drüsen), par G. CHATSCHATURJAN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, fasc. 6, 1933, juin, p. 315.

C. rappelle d'abord les recherches antérieures sur la syphilis asymptomatique des animaux et les inoculations positives obtenues avec des fragments de ganglions lymphatiques. Lui-même, dans deux cas de syphilis entièrement latente cliniquement, bactériologiquement et sérologiquement, a inoculé dans le testicule de lapins des fragments broyés

de ganglions ; dans un cas, il a syphilisé le lapin, dans l'autre, il n'a rien obtenu. Il y a donc des cas où une syphilis entièrement latente peut conserver dans les ganglions des spirochètes virulents. Cette méthode, qui n'est qu'une méthode accessoire de secours, peut donc dans certains cas rendre des services au point de vue du diagnostic de certains tertiarismes. CH. AUDRY.

Lèpre, par V. KLINGMÜLLER ; — **Tuberculose** (de novembre 1930 à mars 1933), par O. DITTRICH ; — **Sporotrichose, Blastomycose et maladies voisines**, par O. GRUTZ. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, fasc. 6, juin 1933, p. 339.

Trois revues utiles, avec bibliographie, des dernières publications dont ces différentes matières ont été l'objet pendant les deux dernières années. CH. AUDRY.

Lipoidoses de la peau (Kutane Lipoidosen), par E. URBACH. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, fasc. 6, juin 1933, p. 371.

Exposé didactique des travaux récents sur le sujet. U. distingue : des lipoïdoses générales et des lipoïdoses locales. Les lipoïdoses générales comprennent : 1° le *xanthélasma*, les *xanthéloïdes* (tumeurs présentant de la lipoïdose secondaire), le *xanthome* ou xanthoblastome ; 2° la *cholestérinose extra-cellulaire*, décrite par Kul et Urbach, qui consiste en une éruption de nodules cutanés avec érythème (face, extrémités, muqueuses) où l'on trouve de la cholestérine extra-cellulaire autour d'altérations angiectasiques et endothéliques ; 3° la *lipoïdose cutanéo-muqueuse avec hépato-splénomégalie* (de Bürger et Grütz) où la lipoïdose s'accompagnait de phosphatides ; 4° la *protéinose lipoïdique* (Urbach et Wietke) qui débute sur les muqueuses, et ensuite s'accompagne de nodules cutanés jaunes et hyperkératosiques et dans laquelle les lipoïdes imbibent les tissus dégénérés. Les lipoïdoses locales comprennent : les xanthélasma de résorbtion, la nécrobiose lipoïdique des diabétiques (Oppenheim-Urbach), la dénégérescence lipoïde du tissu élastique (Kreibich) ; dans les deux dernières lésions, il s'agit de lipoïdes qui n'ont pas encore été déterminés au point de vue chimique.

CH. AUDRY.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la cholestérinémie dans le lupus érythémateux (Ueber die Cholesterinämin bei Lupus erythematodes), par B. JLINSKY. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 22, 3 juin 1933, p. 739.

D'après la recherche de la cholestérine sanguine chez 33 malades, dont 11 hommes et 22 femmes, les chiffres ont varié de 1,4 (minimum) à 2,8 (maximum). D'une manière générale, la cholestérine chez ces malades se tient au plus haut chiffre normal, ou au-dessus et, chez les femmes, l'hypercholestérinémie est plus prononcée que chez l'homme. La cholestérinémie paraît en rapport avec la constitution générale des sujets,

plus élevée chez les hypertoniques, moindre chez les asthéniques. Du reste, la question des rapports entre la cholestérinémie et le lupus érythémateux réclame d'autres recherches. CH. AUDRY.

Sur le trophœdème de Meige-Milroy (Zur Kenntniss der Trophœdem Meige-Milroy), par LEVEN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 23, 10 juin 1933, p. 777.

Il n'y a pas longtemps qu'on a extrait des œdèmes chroniques le syndrome trophœdémateux. On a invoqué pour la pathogénie différents troubles sécrétoires (ovariens, thyroïdiens, hypophysaires), le *spina bifida* occulte. Siemens en a étudié la formule héréditaire, etc. Sur un malade de 19 ans, L. a trouvé non seulement un *spina bifida*, mais encore des signes de mélorhéostose ; en outre, l'exploration interférométrique a mis en évidence une hyperthyroïdose accentuée (il y avait des antécédents familiaux thyroïdiens). De même, exagération notable des fonctions thymiques et hypophysaires (hypogénitalisme). Le sang présentait des érythrocytes en excès (7.000.000), de la lymphocytose, et une diminution des éosinophiles. CH. AUDRY.

Un cas singulier de purpura (Ein ungewohnlicher Fall von Purpura), par E. WOHLSTEIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 22, 10 juin 1933, p. 783.

Il s'agit d'un empoisonnement par les orties : une femme de 42 ans, atteinte de polyarthrite, apyrétique datant de 3 mois, fit une cure d'orties : 3/4 de litre d'une solution chaude d'orties qu'elle but tandis que les orties cuites étaient appliquées sur les membres. En conséquence, attaque de glomérulo-néphrite, hépatite, splénite, fièvre, etc. Apparition d'un purpura en taches, en plaques, en médaillons à bords saillants et à centre jaunâtre et déprimé, en circinations hémorragiques (pseudo-purpura annulaire). CH. AUDRY.

Traitement du lichen plan par l'hypnose (Behandlung der Lichen ruber Planus mittels Hypnose), par A. KARTAMISCHEW. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 23, 10 juin 1933, p. 788.

K. rappelle l'action de la thérapeutique des verrues, des prurits, du pemphigus, du psoriasis, de l'érythrodermie par l'hypnose.

Il a lui-même traité 8 cas de lichen plan par l'hypnose (méthode verbale). Les séances duraient de 10 à 30 minutes, répétées tous les 2 ou 3 jours. On se contentait de badigeonner les efflorescences de bleu de méthylène pour renforcer la suggestion.

Dans 4 cas, l'éruption céda en laissant des macules brunes ; 3 fois il y eut amélioration, et 1 seul échec complet.

Le nombre des séances a varié de 1 à 20. Les efflorescences de la muqueuse buccale suivaient l'amélioration ou la guérison des altérations cutanées. CH. AUDRY.

Traitement du vitiligo par les rayons limite (Grenzstrahlbehandlung der Vitiligo), par W. Wolfenstein. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 24, 17 juin 1933, p. 828 (5 fig.).

Spiethoff a indiqué qu'il avait obtenu un résultat positif partiel. W., chez un homme de 36 ans, a obtenu un excellent résultat par 16 séances de rayons de Bucky, et la guérison a persisté 2 ans, tandis que le résultat positif obtenu par Buschke par la lampe de quartz avait été éphémère. W. est disposé à admettre que l'irradiation a peut-être agi par l'intermédiaire d'une action générale plutôt que locale.

Du reste, les résultats sont loin d'être toujours aussi bons : sur 5 autres cas, 3 améliorations incomplètes et 2 échecs.

Ch. Audry.

Sur la recherche de la tuberculose par la méthode de Ramel dans le rhumatisme cutané (érythème polymorphe) et le lupus érythémateux (Zur Frage des Tuberkulosenachweises nach Ramel bei Hautrheumatoiden und Lupus Erythematodes), par M. Bohnstedt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 25, 24 juin 1933, p. 865.

B. a examiné par la méthode des inoculations successives, en séries, sur le cobaye, 1 cas d'érythème noueux, 6 d'érythème polymorphe, 2 de lupus érythémateux, 1 de lymphogranulomatose, toujours sans succès.

Ch. Audry.

Un cas de syringome (Ein Fall von Syringome), par Wendeberger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 25, 24 juin 1933, p. 868 (4 fig.).

Une vieille lupique de 62 ans présente sur la peau de la mammelle droite plusieurs petites tumeurs en groupe, et on en retrouve d'autres semblables disséminées partout, indolentes, très anciennes et sans changement ; les plus grosses atteignent le volume d'une noisette. Au microscope, lésions d'un syringome avec inflammation de voisinage remarquable par la dimension de certaines néoplasies et la densité du tissu morbide.

Ch. Audry.

Accion Medica (Buenos-Aires).

Le soleil et le cancer (El sol y el cancer), par A. H. Roffo. *Accion medica*, 3ᵉ année, t. IV, nº 5, 18 mai 1933, p. 330, 47 p., 19 fig.

De l'observation des malades et des faits expérimentaux, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les rayons solaires (spectre visible et invisible) ont un rôle étiologique marqué dans la production du carcinome kératosique de la peau et de la face et des mains. Sa pathogénie est étroitement liée à celle des lésions hyperkératosiques qui siègent exclusivement sur les surfaces cutanées libres de vêtements et particulièrement exposées au soleil.

La production de ces lésions est aidée par divers facteurs :

a) la photosensibilité spéciale de la peau ;

b) l'âge ;

c) la prolongation de l'exposition aux rayons solaires. Les travailleurs des champs sont particulièrement atteints.

2° L'hyperkératose cutanée est une lésion précancéreuse et doit être traitée énergiquement.

3° Lorsque les lésions hyperkératosiques initiales n'ont pas leur développement enrayé, elles donnent lieu à des kératomes, dont l'évolution ultime est l'ulcération et la cancérisation.

4° Les irradiations solaires agissent sur la cholestérine, en raison de la fonction héliotropique de cette substance. Cette notion est établie par les faits suivants :

a) il existe une augmentation marquée du taux de la cholestérine dans la peau des régions exposées au soleil (masque et gants cholestériniques) ;

b) l'hypercholestérinie cutanée, nulle ou faible chez le fœtus, est peu marquée jusqu'à l'âge de 3 ans et s'accuse à partir de ce moment ;

c) on peut provoquer expérimentalement une hypercholestérinie cutanée en soumettant des animaux à l'action des rayons ultra-violets ou du soleil. On la fait disparaître en plaçant ces mêmes animaux dans une obscurité permanente ;

d) le cancer affecte les surfaces cutanées les plus riches en cholestérol, qui sont souvent les plus exposées au soleil.

5° Comme conséquence de ce qui précède, il est intéressant de noter que la région de la face la plus exposée au soleil (le nez) est celle qui présente le pourcentage le plus élevé de carcinomes et le taux le plus fort de cholestérine. J. MARGAROT.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Traitement par le tannin des brûlures des enfants (Uber die Resultate der Tanninbehandlung bei Verbrennungen im Kindesalter), par M. LANGER. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 22, 2 juin 1933, p. 689.

C'est Davidson, en 1925, qui a conseillé de traiter les brûlures par le tannin, celui-ci ayant une action contre la toxémie précoce des grands brûlés en réalisant des tannates d'albumine insolubles.

L. traite ses brûlés par les badigeonnages de tanin à 2 1/2 o/o, combinés à la transfusion sanguine et à des injections intraveineuses de thiosulfate de soude. Il dit avoir ainsi réduit la mortalité de 14,9 o/o à 7,7 o/o, c'est-à-dire de moitié. CH. AUDRY.

Nouveau travail sur l'étiologie de la stomatite aphteuse (Ein weiterer Beitrag zur Aetiologie der « Stomatitis aphtosa »), par Z. KENNER. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 23, p. 711, 9 juin 1933.

K., en 1931, a émis l'opinion que la soi-disant stomatite aphteuse n'était qu'un herpès de la bouche atypique. Dans 12 cas, il a pratiqué l'inoculation à la cornée du lapin, et toujours avec des résultats positifs (3 adultes, 9 enfants). On peut donc affirmer que la soi-disant

stomatite aphteuse n'est rien autre qu'une manifestation atypique du virus de l'herpès sur la muqueuse buccale. CH. AUDRY.

Lymphogranulomatose tubéreuse juvénile (Juvenile tuberöse Lymphogranulomatose), par G. NOBL. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 23, 9 juin 1933, p. 717 (2 fig.).

N. rappelle brièvement les différentes formes de lésions engendrées sur la peau par la lymphogranulomatose de Sternberg-Paltauf. Il donne l'observation d'un garçon de 7 ans porteur d'une infiltration nodulaire et ulcéreuse de la totalité de la face (comparable à celle d'un lépreux). N. remarque très justement qu'on dirait la photographie d'un homme de 60 ans. Mêmes lésions, mais plus disséminées sur les membres et le tronc. Adénite inguinale volumineuse ; polyadénite moins prononcée. État sub-fébrile et cachectique ; poumons normaux ; hématurie et albuminurie légères ; muqueuses intactes. La maladie dura à peu près 5 mois avant la mort. Au microscope, lésions typiques de lymphogranulomatose (cellules de Sternberg, etc.).

Il existe des cas semblables de Stuhmer (enfant de 1 an), Hövelborn (12 ans). CH. AUDRY.

Sur le traitement de la blennorragie par la malariathérapie (Zur Malaria-Behandlung der Gonorrhoe), par V. MUCHA et O. RIEGER. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 23, 9 juin 1933, p. 719.

Après un résumé des nombreux travaux antérieurs sur ce sujet, M. et R. donnent les résultats obtenus dans 218 cas (un bon nombre étaient des syphilitiques en traitement) avec 70 o/o de succès (bibliographie). CH. AUDRY.

Sur l'étiologie de la langue pileuse noire (Zur Aetiologie der schwarzen Haarzunge (lingua pilosa nigra)), par M. OPPENHEIM. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 23, 9 juin 1933, p. 719.

O. a déjà montré qu'on pouvait produire expérimentalement la langue velue noire par des badigeonnages répétés de teinture de ratanhia, probablement par action kératoplastique. O. résume ensuite les nombreuses publications qui ont signalé dans la langue noire une quantité de micro-organismes, généralement mycétiques, mais très variés (streptococcus, actinomycètes, etc.). De plus, on l'a signalée au cours d'un certain nombre de dermatoses hyperkératosiantes. O. incline à considérer la langue noire comme un processus d'hyperkératose linguale à point de départ très varié. Toutes les méthodes thérapeutiques doivent être recherchées sur la recherche de la cause (usage de bonbons, etc., etc.). Bibliographie abondante et précieuse. CH. AUDRY.

Traitement du lupus érythémateux par le spirocide et le bismuth (Die Behandlung der Erythematodes mit Spirozid und Wismut), par R. VOLK. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 23, 9 juin 1933, p. 732.

V. a traité par le spirocide (le stovarsol) 59 malades dont 42 à forme

fine : 2 tablettes de 0,25 par jour, par série de 3 jours, 130 tablettes au plus (il y a des variations, suivant la tolérance, la susceptibilité ; exemple : diminuer les doses en cas de lupus érythémateux irritable). L'action est quelquefois très prompte. Sur 44 malades qui ont effectué le traitement, V. a obtenu 16 guérisons complètes, 19 améliorations considérables où les lésions subsistantes furent complètement effacées par un traitement local, 2 malades ne purent supporter le traitement, 3 échecs totaux ; les autres restent en traitement. V. rappelle ensuite les recherches faites en différents pays sur l'action du bismuth, ses propres essais sont encourageants, mais encore insuffisants. En tous cas, le spirocide (et peut-être le bismuth) prend place à côté de l'or dans le traitement du lupus érythémateux, avec ou sans association du traitement local. Ch. Audry.

Purpura thrombopénique symptomatique d'une intoxication par le safran et la quinine (Symptomatische, thrombopenische Purpura als Folge einer Chinin-Safran-Intoxikation), par P. Fasal et G. Wachner. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 24, 16 juin 1933, p. 747 (1 fig.).

Une femme de 21 ans avala, dans le but de provoquer son avortement, une quantité notable de safran et de quinine (non mesurée). Frissons, hémoptysie, fièvre légère ; puis le 4e jour, bulles sanglantes sur la langue et la lèvre inférieure ; puis taches purpuriques sur la peau des membres et du tronc. Anémie légère (4.000.000 d'érythrocytes, 450.000 thrombocytes). Grossesse de 3 mois ; guérison malgré des hématuries et des infarctus pulmonaires. A ce sujet, les auteurs réunissent les renseignements connus relatifs aux manifestations cutanées relevées dans les intoxications par le safran et la quinine. On n'a pas pu préciser l'action particulière à l'une ou à l'autre substance, une administration séparée n'ayant révélé aucune idiosyncrasie. Ch. Audry.

Trichocephalus dispar et névrodermite (Trichocephalus dispar und Neurodermitis), par S. Brünauer. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 26, 30 juin 1933, p. 812 (1 fig.).

B. rappelle les travaux antérieurs relatifs aux manifestations cutanées variées (neurodermites, eczéma, prurit, dans l'oxyurase ; asthme, urticaire, bulles, etc., dans l'ascaridiose) qui ont paru associées à certaines formes d'helminthiase. Lui-même donne l'observation d'un homme de 21 ans, porteur de lésions papulo-prurigineuses en placards disséminés sur les membres, le cou, le tronc, etc., porteur d'une formule sanguine peu modifiée (5 o/o d'éosinophiles) et de *trichocephalus dispar* dans les fèces. Un extrait de ces parasites donna une intradermo-réaction fortement accusée, et dans le sérum du patient, on découvrit que ce même extrait provoquait la déviation du complément. Schröpfer a obtenu des résultats semblables en cas d'oxyurase. On a supposé que les sujets pouvaient porter des œufs dans les ongles et s'excorier, provoquant ainsi des réactions locales. Le *trichocephalus dispar* n'est pas assez fréquent

pour qu'on puisse lui imputer les neurodermites en général (bibliographie).

Ch. Audry.

Etat de nos connaissances actuelles sur le traitement des dermatoses par les rayons limites (Unser derzeitiger Staudpunkt bei der Grenstrahlbehandlung von Hautkrankeiten), par H. Fuhs et J. Konrad. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLVI, nº 23, 3 juin 1933, p. 814.

Les auteurs ont utilisé les rayons de Bucky dans le traitement de 64 dermatoses différentes sur 2.182 malades des cliniques de Arzt et de Kerl. Je me borne à relever ici les maladies dans lesquelles ils ont obtenu des résultats qu'ils qualifient de très bons (par opposition aux résultats bons ou mauvais) : angiome caverneux, carcinome baso-cellulaire (multiple), cor plantaire, érythème de Bazin, lymphogranulome inguinal, maladie de Darier, pityriasis lichénoïde chronique, poïkilodermie, tuberculose verruqueuse, verrues planes juvéniles. Les doses ont varié de 380 à 2.000 r. au maximum (lymphogranulome inguinal). Ils concluent que les rayons limites peuvent constituer un précieux agent de thérapeutique.

Ch. Audry.

Bruxelles Médical.

Pian et syphilis. Caractères différentiels, par R. Van Nitsen (Elisabethville). *Bruxelles Médical*, 13e année, nº 31, 4 mai 1933, p. 852.

Les caractères différentiels entre le pian et la syphilis sont nombreux et permettent d'affirmer que ces maladies constituent des entités morbides nettement distinctes. L'auteur, qui vit depuis de nombreuses années à Élisabethville, connaît remarquablement ces deux affections et défend de nouveau la thèse de la dualité, discutant les arguments nouveaux de Blacklock : jusqu'ici, pas de cas probant de transmission héréditaire ; lésion primaire exceptionnellement génitale ; lésions pianiques caractéristiques facilement différenciables de la syphilis, rarement lésions muqueuses d'emblée, manifestations oculaires, viscérales et nerveuses dans le pian discutables. L'inoculation du *treponema pertenuis* produit toujours le pian ; l'inoculation du *treponema pallida* la syphilis. Le pian n'immunise pas contre la syphilis et inversement. Le pian, « maladie des peuples nus », suit une marche entièrement opposée à celle de la syphilis, qu'il y ait une parenté entre le pian et la syphilis, n'offre aucun doute, les expériences de Levaditi, Schötll, Mizao et Tanabe sur les singes le démontrent nettement. Il n'en reste pas moins qu'elles sont deux affections parfaitement distinctes.

H. Rabeau.

Chinese medical Journal (Shanghaï).

Etude de cinq cas de nodosités juxta-articulaires chez des syphilitiques observés en Chine septentrionale (A study of subcutaneous nodules of the juxta-articular type observed in five cases of syphilis in North China), par Chuan-Kuei Hu et Frazier. *The Chinese medical Journal*, nº 4, avril 1933, p. 364.

Observations de cinq cas de nodosités juxta-articulaires chez des syphilitiques améliorés mais non guéris par le traitement spécifique. La structure histologique de ces nodosités n'était pas assez typique pour affirmer leur nature syphilitique. Aucun tréponème n'a pu être décelé sur les coupes. Cependant, l'inoculation d'un fragment de nodosité au lapin a donné lieu à un syphilome testiculaire typique.

Les nodosités juxta-articulaires constituent une entité clinique dont l'étiologie est variée, mais dont la syphilis est la cause de beaucoup la plus fréquente. S. Fernet.

Zona associé à la varicelle (Herpes associated with chicken-pox). par Judd. *The Chinese medical Journal*, vol. XLVII, nº 4, avril 1933, p. 399.

J. a observé dans une école, presque simultanément, six cas de varicelle, un cas de zona et trois cas d'éruption bulleuse indéterminée.

S. Fernet.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Sur le contrôle clinique des réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien (Sobre la Valoration clinica de las reacciones coloidales del liquido cefalorraquideo), par J. Bejarano et L. Vallego. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, nº 8, mai 1933, p. 677.

On a admis que les différentes courbes de la réaction à l'or colloïdal permettaient d'établir une distinction entre les trois grands groupes d'affections syphilitiques du système nerveux : la paralysie générale, le tabès et la syphilis cérébro-spinale chronique.

Dans la paralysie générale, la précipitation atteint son maximum dans les 4 ou 5 premiers tubes. Elle se fait surtout dans les deuxième, troisième et quatrième tubes lorsqu'on se trouve en présence d'un tabès ou d'une syphilis cérébro-spinale. La syphilis nerveuse du type vasculaire exclusif ne donne lieu en général à aucune réaction.

Ces différences ne se retrouvent pas toujours. Sous le nom de courbe de type paralytique affaibli, Plaut a décrit une précipitation, totale dans le premier tube, puis s'élevant progressivement jusqu'à la zone centrale dans laquelle on n'observe aucune altération. On peut l'observer dans des syphilis nerveuses autres que la paralysie générale.

Les recherches de J. B. et de L. V. portent sur 223 courbes du type paralytique. 58 d'entre elles (soit 26 o/o) correspondent à des cas

de paralysie générale et 164 à d'autres affections. Parmi ces dernières, 148 (66 o/o du total) appartiennent à des lésions syphilitiques du système nerveux autres que la paralysie générale, et les autres à des lésions tégumentaires et viscérales syphilitiques, auxquelles il faut ajouter un cas de pellagre et un autre de pemphigus chronique.

Il n'est donc pas possible de considérer comme décisives les réactions colloïdales dans le diagnostic différentiel des diverses altérations du système nerveux causées par la syphilis. J. Margarot.

Un cas de sclérodactylie (Un caso de esclerodactilia), par R. Humbria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 8, mai 1933, p. 682, ■ fig.

Une femme atteinte de sclérodactylie présente de légers signes d'insuffisance ovarienne et une recrudescence de la desquamation au moment des règles. L'opothérapie génitale fait disparaître les squames dans une large proportion. Les mains retrouvent en partie leur souplesse et leur force. La malade peut se livrer à des travaux manuels faciles.

J. Margarot

Contribution à l'étude du thallium dans le traitement des teignes (Contribución al estudio del talio en el tratamiento de las tiñas), par F. Berjillos del Rio. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 8, mai 1933, p. 685.

L'auteur apporte des faits qui lui permettent de conclure à la faible toxicité et à l'action dépilante maxima des sels de thallium. Ils constitueraient la meilleure arme contre les teignes infantiles trichophytiques et microscopiques, en même temps qu'un puissant auxiliaire contre le favus. B. d. R. estime que leur emploi devrait sortir de l'arsenal exclusif du dermatologiste pour passer dans celui du médecin général et, de préférence, dans celui du médecin rural, en contact plus immédiat avec les foyers de teigne. J. Margarot.

Sur un nouveau traitement du psoriasis (Sobre un nuevo tratamiento del psoriasis), par E. Roca Sanchez. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 8, mai 1933, p. 689.

R. S. rappelle les travaux qui ont vu le jour depuis la publication de Toma relative au traitement du psoriasis par les squames. Ses recherches personnelles lui permettent de conclure provisoirement que cette méthode thérapeutique donne des résultats encourageants (quel que soit le mécanisme invoqué (vaccination ou schock). Il a observé des améliorations et des guérisons évidentes des poussées éruptives. Ce traitement est propre, commode et présente sur les applications locales l'avantage de ne laisser sur les régions blanchies ni dermite, ni altérations pigmentaires. J. Margarot.

Les formes cutanées pures de la lymphogranulomatose inguinale. Ulcères vulvaires chroniques, éléphantiasiques, sans altérations ganglionnaires (Las formas cutáneas puras de la linfogranulomatosis inguinal. Ulceras vulvares crónicas, elefantiásicas, sin alteraciones ganglionares), par J. Gay Prieto et Jofre. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année. no 8, mai 1933, p. 693, 3 fig.

Une lésion initiale géante — comparable à celle qui a été décrite dans un cas par Nicolau et Banciu — se développe dans la grande lèvre, envahissant les espaces lymphatiques sans intéresser les ganglions inguinaux correspondants. L'étiologie lymphogranulomateuse du processus est démontrée par une intradermo-réaction de Frei positive et par des lésions histologiques de même texture que celle des gommes de la poradénite au début.

Ce fait souligne la prédisposition des fentes lymphatiques à participer aux divers processus infectieux (œdème induré de la grande lèvre répondant à un accident syphilitique primaire, par exemple) et l'extraordinaire rareté de l'extension du processus lymphogranulomateux aux ganglions inguinaux chez la femme. J. Margarot.

Note préalable sur l'étude du métabolisme hydrocarboné dans le strophulus (Nota previa sobre el estudio del metabolismo hidrocarbonado en el estrófulus), par Luis Egea Bueno. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 8, mai 1933, p. 697.

E. B. trouve chez des enfants atteints de strophulus une courbe de glycémie normale ou basse ; dans un seul cas elle est de type prédiabétique. L'épreuve de la galactosurie provoquée est franchement positive. Le taux de l'urobiline et de l'urobilinigène est augmenté.

Le traitement par les extraits hépatiques injectables se montre très efficace.

L'auteur conclut que ces sujets présentent une insuffisance hépatique manifeste. Il pense que le strophulus relève d'une sensibilisation à divers produits, peut-être d'origine intestinale, qui, par suite de l'insuffisance de la fonction pexique du foie, passent dans la circulation générale en conservant leur pouvoir antigénique.

Comme dans la pratique il est difficile de réaliser un traitement spécifique de désensibilisation, la thérapeutique de choix consisterait à renforcer la fonction hépatique. J. Margarot.

Contribution à l'étude des cheilitis idiopathiques. La cheilitis glandularis et la cheilitis exfoliatrix. Ses relations avec l'épithélioma de la lèvre inférieure (Contribucion al estudio des las queilitis idiopaticas. La queilitis glandularis y la queilitis exfoliatriz. Sus relaciones con el epithélioma del labio inferior), par J. Gay Prieto et J. Cazorla Romero. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, no 8, mai 1933, p. 700, 3 fig.

La *cheilitis glandularis simple*, en rapport avec une hétérotopie des glandes salivaires, apparaît comme le premier stade de l'affection étudiée par Volkmann sous le nom de *cheilitis glandularis apostematosa*.

Les recherches des auteurs établissent que l'existence de canaux salivaires dans la zone de transition de Klein de la lèvre inférieure est un fait des plus fréquents. Par contre, le nombre de sujets présentant les altérations classiques de la *cheilitis* décrite par Puente et Acevedo est sensiblement moindre.

La *cheilitis simple* représente le premier stade de l'infection des glandules salivaires hétérotopiques de la lèvre inférieure. La maladie de Volkmann serait le degré extrême et exceptionnel de ce même processus. L'infection a presque toujours pour origine une pyorrhée alvéolaire.

Malgré le nombre très grand des cas observés, G. P. et C. R. n'ont rencontré que deux fois l'évolution de l'affection vers l'épithélioma.

L'examen histologique a permis de vérifier que chez aucun de ces deux malades la tumeur maligne n'était en rapport avec une glande salivaire hétérotopique. Il n'a pas été possible de préciser si elle dérivait du conduit excréteur.

La *cheilitis glandularis simple* n'a rien de commun avec la *cheilitis exfoliatrix* de Mikulicz-Kümmel. Celle-ci se caractérise par un processus inflammatoire superficiel occupant le tiers moyen de la lèvre inférieure et donnant lieu à des squames-croûtes incessamment renouvelées.

J. MARGAROT.

Anémie pernicieuse d'origine syphilitique (Anemia perniciosa de origen sifilitica), par M. GALLEGO et L. EGEA BUENO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 8, mai 1933, p. 706.

Une anémie pernicieuse n'est en aucune façon améliorée par une médication hépatique intense. Elle évolue favorablement dès qu'un traitement antisyphilitique est institué.

La réapparition d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique est en faveur d'un processus causal de gastrite tréponémique, empêchant la production du *facteur intrinsèque* de Castle doué de propriétés antianémiques.

J. MARGAROT.

Maladie de Raynaud et polyglobulie (Enfermedad de Raynaud y poliglobulia), par Gay, GALLEGO et EGEA BUENO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 8, mai 1933, p. 710.

Une femme de 35 ans, atteinte de maladie de Raynaud, accuse de violentes céphalées, des douleurs abdominales intenses. La peau est rouge sombre, surtout au niveau des joues. Un examen hématologique donne 6.700 globules rouges et 7.000 leucocytes.

J. MARGAROT.

Paludisme thérapeutique et liquide céphalo-rachidien (Paludismo terapeutico y liquido cefalorrachideo), par J. FERNANDEZ DE LA PORTILLA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 8, mai 1933, p. 718.

Il existe assez souvent un parallélisme net entre l'évolution clinique — favorable ou défavorable — d'une paralysie générale traitée par la

malariathérapie et les modifications du liquide céphalo-rachidien. D'une façon générale, les rémissions psychiques sont plus marquées que les changements d'ordre sérologique.

Un paralytique général, observé par l'auteur, présente des réactions du liquide céphalo-rachidien fortement positives à l'exception de la courbe de Lange. Celle-ci, bien qu'inclinée fortement vers la gauche, ne dépasse pas les numéros 2 ou 3 dans les premiers tubes et passe rapidement au zéro dans les suivants.

L'impaludation est suivie d'une amélioration clinique très rapide. Une ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien dans lequel les réactions sérologiques sont comme antérieurement très positives, mois dans lequel la réaction de Lange réalise une courbe typique de paralysie générale. Une réactivation identique a été notée chez deux autres malades. J. Margarot.

La signification de l'allergie au blanc d'œuf dans la pathogénie de l'eczéma infantile (La significación de la alergia a la clara de huevo en la patogenia del eczema infantil), par J. Gay Prieto et E. Linde Ocon. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 8, mai 1933, p. 722.

Depuis un an, G. P. et L. O. pratiquent systématiquement des cuti-réactions au blanc d'œuf chez tous les enfants atteints d'eczéma véritable.

Lorsque la réaction est positive, on voit se développer en quelques minutes une saillie urticarienne, dure, porcelainée, entourée d'un halo érythémateux de 2 à 3 centimètres. Elle atteint généralement ses plus grandes dimensions en 10 à 15 minutes et s'efface progressivement en une demi-heure. L'intradermo-réaction faite avec une solution à 10 o/o est souvent positive quand la cuti-réaction est négative. Elle donne parfois lieu à des phénomènes généraux et n'est pas sans danger. Il convient de ne la pratiquer que si la cuti-réaction est négative.

Sur 16 enfants atteints d'eczéma véritable de la face, 13 (soit 81 o/o) ont présenté une intradermo-réaction positive au blanc d'œuf ; 6 d'entre eu ont eu des réactions purement locales ; 7 ont, en outre, réalisé des phénomènes généraux (accélération du pouls, inquiétude, mouvements désordonnés, prurit, tuméfaction et suintement des régions eczématisées) ; 4 ont eu de l'urticaire.

Cette sensibilité au blanc d'œuf est due à l'existence d'anticorps spécifiques, qu'il est possible de mettre en évidence dans le sérum des petits malades par l'épreuve de la transmission passive, suivant le procédé de Praussnitz-Kustner.

Elle appartient en propre à l'eczéma infantile vrai et se montre toujours négative dans la dermite séborrhéique du jeune âge. Chez 50 adultes, elle n'a été positive que deux fois et l'un de ces deux cas se rapporte à une femme atteinte d'urticaire chronique avec sensibilisation polyvalente.

Chez des enfants présentant une allergie vis-à-vis de l'œuf, il est

possible de produire par l'application de blanc d'œuf une réaction cutanée ayant l'aspect clinique et histologique d'un eczéma véritable. Les faits expérimentaux, rapprochés de considérations diverses, permettent d'établir une relation pathogénique entre cette allergie vasculaire au blanc d'œuf et l'eczéma infantile véritable.

Bien que l'antigène de l'idiosyncrasie soit dialysable, il est probablement de nature protéique, car les membranes les plus fines ne permettent pas d'éviter d'une manière absolue le passage de très faibles quantités d'albumine.

Les intradermo-réactions répétées avec un dialysat de blanc d'œuf ou avec des dilutions progressives de cette substance constituent une méthode thérapeutique supérieure à toutes celles qui ont été utilisées jusqu'à ce jour. Elles sont suivies, non seulement d'une amélioration clinique évidente, mais d'une désensibilisation spécifique due à l'apparition ou à l'augmentation dans le sérum des malades d'une réagine spécifique. On peut en démontrer l'existence par la transmission passive de la désensibilisation à un sujet idiosyncrasique.

J. MARGAROT.

Nouvelle contribution à l'étude de l'histo-pathogénie de la sténose rectale lymphogranulomateuse (Nueva contribución al estudio de la histopatogenia de estonosis rectal linfogranulomatose), par J. GAY PRIETO, B. SANCHEZ COZAR et L. EGEA BUENO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 8, mai 1933, p. 737.

Depuis la monographie publiée par l'un des auteurs sur 21 cas de syndromes recto-génitaux lymphogranulomateux, ils ont pu recueillir 5 nouvelles observations, dont 4 sténoses rectales pures.

L'une d'elles fait l'objet du présent travail.

Le début s'est fait par une lésion ulcéreuse de la petite lèvre gauche; accompagnée d'un œdème lymphatique sans répercussion ganglionnaire.

La sténose rectale actuelle s'accompagne depuis l'accident initial — qui remonte à 20 ans — d'un érythème polymorphe récidivant, radicalement guéri après l'extirpation du rectum.

L'étude histo-pathogénique montre des ulcérations siégeant sur une muqueuse hypertrophiée. La paroi rectale est notablement épaissie au niveau des ganglions de Gerota sans qu'il soit possible de distinguer ce qui appartient à ces ganglions ou à la paroi hypertrophiée. La sténose est produite par des lésions histologiquement spécifiques du processus lymphogranulomateux, causé par le virus filtrant qui détermine cette affection et non uniquement, comme l'affirment quelques auteurs, par l'ectasie lymphatique et l'œdème éléphantiasique consécutif aux lésions des ganglions de Gerota. Des intradermo-réactions pratiquées avec le pus des fistules rectales se montrent positives.

Les auteurs soulignent les processus de réabsorption des infiltrats spécifiques par voie lymphatique au niveau surtout de la sous-muqueuse.

Ils y trouvent l'explication des éruptions subintrantes d'érythème multiforme et en déduisent la possibilité d'une guérison spontanée — ou favorisée par la thérapeutique — même dans des cas très avancés.

J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Embolies pulmonaires consécutives aux injections intraveineuses d'arsenicaux (Pulmonary embolism from arsenicals injected intravenously), par Shivers. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, juin 1933, nº 6, p. 901, 3 fig.

Parmi les accidents mortels dus aux arsénobenzènes, un certain nombre relèvent d'un mécanisme spécial : il se produit une précipitation du sel arsenical dans la circulation et des embolies pulmonaires consécutives. Les symptômes immédiats : point de côté, toux, dyspnée, cyanose, crachats sanglants, sont suivis des signes auscultatoires de l'infarctus pulmonaire ou de congestion pulmonaire disséminée, rapidement suivis de mort.

S. décrit un cas de ce genre qu'il vient d'observer.

Ses recherches expérimentales lui ont montré qu'une précipitation des arsénobenzènes dans le sérum se produit toutes les fois que le *p*H de la solution n'est pas exactement ajusté à son taux nécessaire. L'arsphénamine est précipitée lorsque son *p*H est de 1 à 7 ou de 8,5 à 11,7 ; la néoarsphénamine est précipitée lorsque son *p*H est entre 1 et 7 ; la sulpharsphénamine de 1 à 6,1 ; le salyrgan de 4,4 à 4,7 ; la silverarsphénamine au-dessous de 7 et au-dessus de 7,3.

L'examen des ampoules, fabriquées par l'une des bonnes firmes d'Amérique, a montré que les produits mis en vente n'avaient pas toujours le *p*H nécessaire. L'altération du produit doit se faire après la mise en ampoules puisque la toxicité de chaque lot est soigneusement déterminée avant la mise en ampoules et que, dans la même boîte, on peut trouver des ampoules dont le *p*H n'est pas le même. Le danger des solutions arsénobenzoliques acides est surtout grand avec la néoarsphénamine qui ne nécessite habituellement pas d'alcalinisation extemporanée comme c'est le cas pour l'arsphénamine.

S. a donc cherché un indicateur qui permettrait de déterminer extemporanément le *p*H de la solution à injecter.

Il propose d'employer le bromothymol bleu (di-bromothymol-sulphonphtaléine) dont le *p*H varie de 6 à 7,8 et qui est jaune du côté acide et bleu du côté alcalin. Ce produit n'est nullement toxique. Pour une ampoule quelconque d'arsénobenzène, 0,8 de milligramme suffisent. Le mélange de néoarsphénamine et de bromothymol a été injecté à 64 malades sans aucun inconvénient ; sur ce nombre, 4 ampoules ont dû être écartées, car la solution présentait une coloration jaune et

était, par conséquent, acide. Le contenu de ces 4 ampoules a été injecté à des animaux qui ont présenté des signes d'embolie pulmonaire.

On peut aussi déterminer le *p*H d'une solution de néoarsphénamine en mélangeant dans un tube 2 gouttes de solution de bromothymol bleu à 0,04 o/o avec 5 gouttes de la solutoon à injecter ; si le mélange vire au jaune, la solution ne doit pas être utilisée. Mais l'incorporation de l'indicateur au médicament ne présente aucun inconvénient et pourrait être faite par les fabricants eux-mêmes.

En présence des accidents consécutifs à une injection acide de néoarsphénamine, il faut tout d'abord appliquer le traitement du choc : tête basse, chaleur, morphine, adrénaline intramusculaire et même intraveineuse, inhalations ou injections d'oxygène. On fera ensuite des injec tions intraveineuses d'hyposulfite de soude. S. FERNET.

Syphilis asymptomatique. Action de divers médicaments sur le tréponème pâle dans le cerveau du lapin et de la souris (Asymptomatic syphilis. Effect of various drugs on spirochæta pallida in the brain of rabbits and mice), par RAIZISS et SEVERAC. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, n° 6, juin 1933, p. 923, 3 fig.

Pour étudier expérimentalement l'action des arsenicaux sur les tréponèmes fixés dans le cerveau, R. et S. ont utilisé les découvertes récentes qui ont montré que les tréponèmes acquiéraient, au cours d'un passage dans l'organisme de la souris, une aptitude neurotrope qu'ils conservent ensuite pendant plusieurs passages successifs chez le lapin. On peut ainsi obtenir des souches de tréponèmes qui, inoculés au scrotum du lapin, pénètrent dans le cerveau, s'y maintiennent quelque temps et s'y multiplient tandis que, dans les conditions ordinaires, le cerveau du lapin reste stérile. même après une inoculation directe dans le système nerveux.

On a pu dès lors utiliser des lapins pour l'étude des arsenicaux au point de vue de leur action tréponémicide dans le cerveau, ce qui rend la tâche plus aisée que de les étudier sur des souris.

R. et S. ont étudié ainsi l'action de l'arsphénamine, de la néoarsphénamine, de la sulpharsphénamine et de l'acétarsone (stovarsol). La présence ou l'absence de tréponèmes dans le cerveau était contrôlée par des inoculations de matière cérébrale à des animaux sains.

Ces expériences ont montré que les doses uniques minima stérilisantes pour le cerveau du lapin étaient de 20 milligrammes par kilogramme de poids pour l'arsphénamine, de 50 milligrammes pour la néoarsphénamine, de 25 milligrammes pour la sulpharsphénamine, de 125 milligrammes pour l'acétarsone et de 300 milligrammes pour la tryparsamide.

Ces expériences montrent donc qu'au point de vue de l'action tréponémicide dans le cerveau, les arsenicaux pentavalents nécessitent des doses beaucoup plus élevées que les arsenicaux trivalents et que,

parmi les pentavalents, l'acétarsone (stovarsol) est de beaucoup plus actif que la tryparsamide. S. FERNET.

Eruption psoriasiforme avec poussées pustuleuses (A psoriasiform eruption with pustular exacerbations), par EBERT. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, nº 6, juin 1933, p. 933.

Deux sœurs présentaient du psoriasis et faisaient des poussées inflammatoires au cours desquelles des pustulettes apparaissaient sur les plaques de psoriasis. Ces poussées ont plusieurs fois évolué vers des érythrodermies généralisées.

E. pense qu'il s'agissait de ce que certains auteurs ont décrit sous le nom de psoriasis pustuleux. S. FERNET.

Un cas de mort après une injection de bismuth chez un homme sensibilisé aux arsénobenzènes (Fatality after intramuscular injection of bismuth in a man sensitive to arsenobenzenes), par SCHAMBERG et WRIGHT. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVII, nº 6, juin 1933, p. 969.

S. et W. ont pratiqué 75.000 injections de bismuth et, dans de nombreuses publications, affirmaient l'innocuité de celui-ci. Ils viennent, cependant, d'enregistrer un cas de mort chez un homme de 51 ans à la suite de la 16ᵉ injection de salicylate de bismuth qui, autant qu'on peut en juger, n'était pas intraveineuse.

Les auteurs attribuent ce cas de mort à un choc colloïdoclasique survenu chez un homme, reconnu antérieurement hypersensible aux arsénobenzènes, et subitement sensibilisé au bismuth.

S. FERNET.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Syphilis et atrophie maculeuse (Syphilis and macular atrophy), par SILVER et CHARGIN. *The Urologic and Cutaneous Review*, juin 1933, p. 395.

On observe au cours de la syphilis des atrophies maculeuses secondaires, développées sur des lésions syphilitiques préexistantes, et des atrophies maculeuses primitives apparaissant en peau saine et dont les rapports avec la syphilis sont difficiles à déterminer. Elles sont cependant assez fréquentes au cours de la syphilis et leur production est d'autant plus étonnante que la syphilis ne paraît pas avoir d'affinité spéciale pour le tissu élastique ; Unna les appelait les syphilides atrophiques.

Cliniquement et histologiquement, les atrophies maculeuses primitives se présentent sous deux formes : l'anetodermie érythémateuse de Jadassohn et l'anetodermie de Schweninger et Buzzi qui s'en distingue par l'absence complète d'érythème et d'inflammation. L'étude de la bibliographie montre que ce type non inflammatoire d'anetodermie est de beaucoup le plus fréquent au cours de la syphilis, tandis que l'aneto-

dermie érythémateuse est extrêmement rare. L'apparition relativement fréquente de cette atrophie maculeuse chez des syphilitiques ne peut s'expliquer que par des troubles endocrino-sympathiques. Cette pathogénie doit d'ailleurs être aussi invoquée dans la production des atrophies maculeuses secondaires, dites vergetures rondes, qui ont été considérées à tort comme d'ordre exclusivement mécanique.

S. FERNET.

Embolie artérielle consécutive à des injections intramusculaires de sels de mercure ou de bismuth (Arterial embolism complicating intramuscular injection of mercurial and bismuth salts), par DE WOLT. *The Urologic and Cutaneous Review*, juin 1933, p. 423, 10 fig.

Aperçu bibliographique et observation d'un cas de sphacèle de la fesse consécutif à une injection intramusculaire de salicylate de mercure en solution huileuse, faite avec les précautions d'usage.

Sur 34.782 injections intrafessières, de W. a observé 4 cas d'embolie artérielle avec la symptomatologie habituelle de la « dermite livédoïde » ; un seul de ces cas s'est terminé par le sphacèle en masse.

S. FERNET.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (London).

Le traitement du psoriasis par les injections de squames (Treatment of psoriasis by the injection of scales), par WRONG. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLV, juin 1933, p. 244.

Le traitement du psoriasis par les injections de squames psoriasiques ne donne pas les résultats qu'on pouvait en espérer. Sur 10 cas traités, 5 ont été améliorés. Les lésions ne disparaissent, cependant, pas complètement et se reproduisent dès qu'on cesse le traitement.

S. FERNET.

Les éruptions dues à l'ephédrine (Ephedrine dermatoses), par ABRAMOVITZ et NAUN. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLV, juin 1933, p. 225, 2 fig.

A. et N. citent un cas d'éruption eczématiforme généralisée consécutive à des inhalations contenant de l'éphédrine et passent en revue les autres cas publiés, dont certains après ingestion d'éphédrine. On ne semble pas avoir observé jusqu'à présent d'éruption due à l'éphétonine.

S. FERNET.

Erysipèle et mycosis fongoïde (Erysipelas and mycosis fungoides), par MAC CORMAC. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLV, juin 1933, p. 237.

M. C. cite deux cas de mycosis fongoïde très améliorés à la suite d'un érysipèle. Dans l'un de ces cas, l'état de la malade était grave, l'action des rayons X était épuisée et la situation paraissait désespérée

lorsque survint l'érysipèle qui donna une survie de 17 ans sans apparition de nouvelles tumeurs. S. FERNET.

La radiothérapie cause de sarcome (The question of irradiation by X rays as a cause of sarcoma), par MONTGOMERY et VIECELLI. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLV, juin 1933, p. 241.

Observation d'un cas de sarcome développé sur une radiodermite chronique, consécutive au traitement d'un sycosis et datant de 30 ans.

S. FERNET.

Giornale Italiano die Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Contribution à l'étude des dermatites atrophiantes maculeuses dites idiopathiques, par CROSTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 3, juin 1933, p. 529, 13 fig. Bibliographie.

Étude de deux cas typiques de dermatite atrophiante maculeuse, dite idiopathique, observée chez deux jeunes femmes chez lesquelles elle se développa avec un rythme, une distribution et une symptomatologie très semblables. Les caractères cliniques fondamentaux ont été les suivants : apparition au moment de la puberté, progression lente, avec accélération vers l'âge de 20 ans, distribution symétrique en manteau sur les épaules et sur le dos, descendant jusqu'à la ceinture, sous la forme d'éléments nummulaires disséminés, apparemment aphlegmasiques même dans les stades initiaux, présentant des caractères typiques d'exubérance, d'amincissement et de manque d'élasticité de la peau qui appartiennent aux foyers d'atrophie plutôt profonde. Il s'agit de sujets en bonne condition de santé, l'une privée d'antécédents pathologiques intéressants, l'autre souffrant précédemment d'une tuberculose pleuro-pulmonaire bénigne avec réactions allergiques de la peau aux produits tuberculeux ; toutes les deux émotives douées d'une vive réactivité neuro-vasculaire et de signes assez accentués d'hypersympathicotonie.

L'examen biopsique des macules mit en évidence un substratum inflammatoire des lésions, sous forme de petits foyers exsudatifs du derme profond, à siège vasculaire et nerveux, véritable vascularite et névrite périphérique, avec altération du collagène et destruction de l'élastine disproportionnée avec l'inflammation locale. Dans un cas, on constata aussi des foyers granulomateux à structure tuberculoïde, avec cellules géantes, provoqués par la destruction et la résorption des follicules et des glandes sébacées.

L'auteur discute ensuite le diagnostic différentiel avec les atrophies secondaires à des dermatoses bien définies et, en particulier, en raison du siège, de la distribution et des caractères histologiques ci-dessus exposés, avec les atrophies par éruptions acnéiques, en prenant pour base un autre cas clinique très démonstratif.

Examinant ensuite à un point de vue critique la variété des tableaux cliniques qui rentrent dans ce chapitre obscur des atrophies maculeuses idiopathiques, et en particulier le tableau de l'*érythème ortié atrophiant de Pellizzari*, type fondamental et le premier qui ait été décrit, de *l'anétodermie érythémateuse de Jadassohn*, plus complexe et polymorphe, et de *l'atrophie maculeuse aphlegmasique, type Schweninger et Buzzi*, forme plus rare et monomorphe, les deux cas étudiés sont rangés par C. dans cette dernière symptomatologie, en raison de l'absence d'un stade pré-atrophique cliniquement appréciable, sous forme de phlogose ortiée ou infiltrative.

Tout en reconnaissant que l'absence d'expression inflammatoire initiale est due surtout à la différence de siège de développement du processus pathologique, en tenant compte que ce facteur est capable de modifier la physionomie de la dermatose dans ses stades de début, et même de déterminer des aspects différents au stade atrophique consécutif (caractères du tissu atrophique, tendance ou non à l'expansion des foyers et à leur confluence) il paraît opportun, dans l'état actuel de nos connaissances, de classer avant tout dans ce groupe des dermatoses atrophiantes maculeuses idiopathiques : *a*) un type cliniquement aphlegmasique, type Schweninger et Buzzi, qui a pour substratum un processus inflammatoire plus léger et à siège plus profond, qui donne un tableau d'atrophie facilement en taches, circonscrites et monomorphes ; *b*) un type plus inflammatoire, type Pellizzari-Jadassohn, dans lequel la phlogose est plus apparente, par une intensité plus grande et un siège plus superficiel, ce qui permet aussi une variété plus grande de développement et d'expressions de la dermatose.

Au point de vue étiopathogénique, en raison de la négativité des examens cliniques et des recherches expérimentales, le syndrome, d'après ces deux malades, est analysé au point de vue de tous les facteurs pathogéniques possibles, infectieux ou constitutionnels, et cette discussion oriente la pathogénie vers une cause toxi-infectieuse, qui porte à l'atrophie à travers des altérations du neurotropisme local, qui semblent être confirmées par les constatations qui ont été faites chez ces deux malades d'altérations névritiques périphériques.

BELGODERE.

Imposantes formations tumorales profondes par Trichophyton dans une trichophytie généralisée, par Mario ARTOM. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 3, juin 1933, p. 563, 27 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit le cas d'une femme de 48 ans qui, à l'âge de 40 ans, commença à remarquer une desquamation lamellaire du cuir chevelu, à laquelle succédèrent un état érythrodermique et l'apparition d'éléments néoplasiformes qui, localisés tout d'abord aux régions auriculaires, s'étendirent en outre successivement à la tête, aux régions mamellaires et à la paume de la main gauche. L'examen histologique de semblables

nodosités mit en évidence, comme caractères particuliers, l'existence d'amas mycéliens, très semblables au point de vue macroscopique à des granulations actinomycosiques, mais privés de grains périphériques et entourés de tissu granulomateux.

On ensemença sur divers terrains soit le liquide extrait de quelques-uns de ces nodules, soit des fragments de tissu pathologique, soit le sang circulant et on obtint des cultures d'un parasite dont l'auteur étudie amplement les caractères, et d'où il conclut qu'il s'agit d'un *Trichophyton* à culture faviforme, qu'il croit devoir considérer comme appartenant à la variété *violaceum*, spécialement à cause de la coloration qui s'est manifestée sur quelques tubes. Dans les poils et dans les squames, on rencontra aussi un parasite qui, par ses caractères microscopiques, sa morphologie culturale, les résultats des épreuves biologiques et des inoculations aux animaux peut, d'après l'auteur, être considéré comme un *Trichophyton glabrum*.

L'auteur traite ensuite des rapports de la forme décrite, soit avec les blastomycoses à forme tumorale, soit avec le granulome trichophytique de Majocchi, et il conclut que les caractéristiques cliniques et anatomopathologiques ne peuvent pas ramener le cas étudié à ces deux formes, et il croit qu'il s'agit dans son cas d'une entité nosologique propre.

Au point de vue mycologique, après avoir discuté les questions relatives aux trichophytons faviformes, il se demande si les deux souches isolées doivent être considérées comme distinctes et il conclut en faveur de l'hypothèse qu'elles proviennent au contraire d'un germe unique et qu'elles ont acquis des différences morphologiques et culturales en raison de leur habitat et qu'elles les ont ensuite conservées et il en tire cette hypothèse que le *Trichophyton violaceum* et le *Trichophyton glabrum* ne sont que deux aspects différents d'une seule espèce de *Trichophyton*.

Pour ce qui est de la pathogénie, l'auteur met en évidence les raisons qui portent à penser que les manifestations morbides sont consécutives à une dissémination du parasite par voie sanguine. Les données cliniques et en particulier l'apparition d'une trichophytie chez une femme âgée, l'évolution rapide de la forme morbide, les constatations anatomopathologiques et les recherches expérimentales, portent l'auteur à penser que, pour déterminer cette affection complexe, en même temps qu'une telle dissémination, a dû intervenir une profonde perturbation de la défense cutanée générale et locale. BELGODERE.

Contribution à l'étude du pemphigus végétant. Note 1 : Données cliniques anatomopathologiques, bactériologiques et expérimentales sur trois cas, par Giulio RADAELI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 3, juin 1933, p. 583, 15 fig. Bibliographie.

L'auteur étudie trois cas de pemphigus végétant dont deux ont présenté, soit d'une manière temporaire, soit d'une manière permanente, les caractères de la pyodermite végétante d'Hallopeau. Il en conclut que

les deux formes ne peuvent pas être tenues pour distinctes. Sur ces cas furent tentées différentes épreuves d'ordre thérapeutique.

Les recherches effectuées furent, dans l'ensemble, négatives en ce qui concerne l'étiologie de la maladie, soit au point de vue microbiologique, soit en ce qui concerne l'étude de différentes coupes du système nerveux et des organes à sécrétion interne (sur l'un des cas qui vint à succomber à la clinique).

L'auteur insiste particulièrement, au point de vue d'infections secondaires éventuelles, sur les modifications cutanées rencontrées dans des zones de peau saine, soit sous l'influence d'irritations chimiques, soit en provoquant avec l'huile de croton de la suppuration qui était étudiée ensuite au point de vue de ses caractères cytologiques. Enfin, dans deux cas où elle fut particulièrement recherchée, il existait une vagotonie nette.

BELGODERE.

Recherches expérimentales sur le problème histologique des tuberculides (Première Note), par V. LEIGHEB. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 3, juin 1933, p. 633. Bibliographie.

L'auteur expose les résultats d'expériences qu'il a pratiquées dans le but de mettre en évidence l'étiologie tuberculeuse de quelques cas de tuberculides (1 sarcoïde de Bœck, 6 lupus érythémateux) par l'étude des altérations anatomo-pathologiques des organes de cobayes traités par voie endo-péritonéale avec le sang des malades.

Jamais il n'a obtenu le développement d'altérations tuberculeuses nettes avec formation de tubercules typiques, caséose, etc..., mais par contre dans trois cas, le début du processus aux dépens du poumon et dans un cas aussi aux dépens de la rate, qui pouvaient être considérés comme prétuberculeux, par la tendance à la formation de tubercules avec production de cellules épithélioïdes et géantes : dans un cas fut observé un processus qui rappelait la pneumonie caséeuse non encore parvenue à maturité. Les donneurs de sang étaient trois sujets atteints de lupus érythémateux.

Dans le premier de ces cas, à la suite de passages en série de pulpe de ganglions lymphatiques, V. L. obtint, au second passage, la démonstration de formes granuleuses et de bacilles acido-résistants, en petit nombre, dans les ganglions lymphatiques médiastinaux du cobaye qui présentait une ébanche de formation de tubercules dans le poumon et de cellules épithélioïdes et géantes dans la rate.

Dans tous les autres cas, et dans les organes des animaux ci-dessus, l'étude du tableau anatomo-pathologique démontra la présence de lésions qui ont été décrites par beaucoup d'auteurs dans l'infection du cobaye par virus tuberculeux filtrable (type Calmette-Valtis).

Peu convaincu par la constance de ces résultats, l'auteur a exécuté une série d'expériences de contrôle, avec le sang de sujets non atteints de tuberculose et exempts de lésions tuberculeuses décelables.

Les résultats démontrèrent constamment, même en tenant compte

de l'éventualité d'apparition de complications diverses pendant le développement des expériences, la présence d'altérations semblables à celles qui ont été décrites comme dues à l'ultra-virus (en particulier pour ce qui concerne l'hyperplasie lymphoïde du poumon). Le seul fait un peu spécial fut peut-être celui d'une moindre intensité réactive, surtout de la part des ganglions lymphatiques.

De toute façon, ces résultats enlèvent le caractère de spécificité à quelques-unes des lésions décrites comme typiques, qui seraient occasionnées par le virus filtrable, et ils démontrent que des actions toxiques et des processus pathologiques de diverse nature, peuvent provoquer l'apparition de lésions qui, pour le moins, rendent très incertaine l'existence d'un tableau anatomo-pathologique par ultra-virus tuberculeux filtrable suffisamment caractéristique pour permettre d'aboutir à un corollaire diagnostique.

Des recherches ultérieures de contrôle, sur un lot de cobayes qui n'avaient été soumis à aucun traitement, démontrèrent la présence, à un degré plus ou moins prononcé, d'altérations anatomiques, qui renforcent les réserves ci-dessus exposées par l'auteur.

BELGODERE.

Mélanose de la face (maladie de Riehl), par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 3, juin 1933, p. 669, 3 fig. Bibliographie.

Description d'un cas de mélanose circonscrite à la face, chez une jeune femme exempte d'autres manifestations pathologiques. Par ses caractères macroscopiques et histologiques, la dermatose doit, selon toute probabilité, être rattachée au syndrome de Riehl. Comme facteurs étiopathogéniques, entraient en ligne de compte l'emploi de la vaseline et de légers troubles endocriniens, aux dépens des surrénales et de l'ovaire.

La discussion de ce cas fait pencher l'auteur vers cette opinion que ces mélanoses circonscrites représentent un ensemble complexe de syndromes dans lesquels des facteurs exogènes s'associent dans leur action irritante à l'intervention de dysharmonies constitutionnelles endocrines et à des troubles dans les influences vitaminiques, de manière à rendre possibles des processus anormaux de réaction cutanée. Parmi ceux-ci, les plus évidents consisteraient dans une mélanogenèse anormale et exaltée, associée à une altération de la kératopoïèse.

BELGODERE.

Sur la mélanodermite toxique lichénoïde (Hoffmann). Contribution clinico-histologique, par Giorgio ROBBIA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 3, juin 1933, p. 686, 7 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte un cas de mélanodermite toxique lichénoïde de Hoffmann observé chez un ouvrier des forges, employé par intermittences à la réparation des tuyaux d'évacuation du goudron. Après avoir

travaillé pendant trois ans dans les mêmes conditions sans éprouver le plus petit dommage, le patient commença à accuser il y a deux ans du prurit et des brûlures sur les régions découvertes et par la suite, il vit apparaître sur les mêmes régions et sur d'autres régions du corps des plaques hyperchromiques. Cliniquement, il s'agit d'une hyperchromie localisée à la face, aux avant-bras, au ventre, aux creux poplités et aux tiers inférieurs des jambes et caractérisée par une disposition réticulaire, de rares télangiectasies, une peau chagrinée et luisante.

Les diverses recherches cliniques mirent en évidence, outre une notable hyperhidrose, une hypotension artérielle accentuée et une légère prévalence du vague, chez un sujet sain, avec des masses musculaires hypotoniques et une résistance physique médiocre.

Histologiquement, on trouva une forte hyperkératose et de la granulose. Couche malpighienne atrophique et œdémateuse. Dans la couche basale, dissociation accentuée des cellules avec forte immigration lympho-leucocytaire et formation de vacuoles remplies de pigment et d'éléments infiltratifs du derme. Dans les papilles, œdème, vaso-dilatation avec un dense infiltrat parvi-cellulaire péri-vasculaire. Les follicules sont obturés par des masses cornées. Présence de pigment en masses granulaires et amorphes dans le derme superficiel et dans la couche basale, très dense dans les cellules basales qui sont conservées et présent aussi dans les cellules malpighiennes. Réaction dopa nettement positive dans l'épiderme, négative dans le derme ; beaucoup de chromatophores autour des vaisseaux, des follicules et des glandes.

Après un bref aperçu statistique, l'auteur passe à la discussion du diagnostic différentiel et de l'étiopathogénie. Il rappelle les différents facteurs mis en cause par les différents auteurs, il met en évidence ceux qui doivent être pris en considération dans le cas étudié et croit pouvoir affirmer que l'apparition de la mélanodermite de Hoffmann doit être recherchée dans le concours de facteurs multiples. Il attribue au goudron la valeur d'un facteur déchaînant et range parmi les facteurs adjuvants, en premier lieu l'hyperhidrose, ensuite la haute température (du milieu, de la saison, etc...) et les rayons ultra-violets du soleil.

Ayant découvert en outre chez le malade un dysfonctionnement des glandes surrénales, il considère ce dernier comme un facteur prédisposant. La multiplicité des facteurs en jeu explique la rareté de la mélanodermite de Hoffmann.

Il considère enfin cette maladie comme une dermatose professionnelle et donne quelques indications d'ordre prophylactique.

BELGODERE.

Recherches sur les altérations du système nerveux dans l'intoxication par le thallium. Note V. Comportement des nerfs périphériques, particulièrement en ce qui concerne les terminaisons nerveuses périfolliculaires, par Emilio CORTELLA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 3, juin 1933, p. 705, ■ fig. Bibliographie.

L'auteur, continuant systématiquement ses recherches sur les altérations du système nerveux par le thallium, traite dans cette série d'expériences les lésions des terminaisons nerveuses péri-folliculaires.

Le thallium a été administré aux rats, soit par la voie buccale, à très petites doses, soit par la voie percutanée. Les altérations rencontrées aux dépens des fibres nerveuses péri-folliculaires chez des rats traités par voie buccale sont de type dégénératif et atteignent particulièrement le cylindraxe (gonflé, tortueux, fragmenté). Celles qui ont été observées chez les rats traités par voie percutanée sont plus importantes, mais encore de type dégénératif, et concernent particulièrement la gaine myélinique.

Se basant sur ses recherches, l'auteur admet une électivité particulière du thallium pour le tissu nerveux en général.

Au point de vue de l'interprétation du mécanisme de l'alopécie par le thallium, il ne prend pas encore nettement position parce que, tout en étant d'accord sur les altérations histologiques de la matrice et du follicule du poil, il ne peut pas affirmer si celles-ci, par rapport aux altérations des nerfs, sont préexistantes, concomitantes, ou consécutives. Il se propose cependant, par des recherches ultérieures, d'apporter quelque contribution sur ce point, et même de préciser si les lésions des terminaisons nerveuses péri-folliculaires chez les rats traités par voie percutanée, sont déterminées par une action essentiellement directe et locale ou sont secondaires à des lésions du système nerveux central, provoquées par le thallium absorbé. BELGODERE.

Métabolisme calcique et chéloïde. Contribution clinique et expérimentale à l'étude étiologique de la chéloïde, par ANTONIO MARRAS. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 3, juin 1933, p. 715. Bibliographie.

Recherchant la calcémie et les valeurs du Ca dans les tissus, normaux et pathologiques, de quatre cas de chéloïde, et pratiquant en même temps des examens histologiques et des épreuves biologiques d'inoculation, l'auteur a constaté, dans les quatre cas étudiés, une hypercalcémie nette et une augmentation considérable du Ca dans les tissus chéloïdiens, tandis que les recherches cliniques et expérimentales au point de vue du processus tuberculeux se montraient négatives. Aussi, M. est-il porté à mettre en doute la valeur que l'on a voulu jusqu'alors attribuer à l'infection tuberculeuse dans l'étiologie de la chéloïde. Au contraire, les coefficients de Ca qu'il a obtenus lui semblent présenter plus d'importance et orienteraient plutôt la pathogénie vers les dysfonctions endocrines, d'autant plus que dans un cas, il a pu mettre en évidence la présence de résidus de thymus, et dans un autre des signes de dysfonctionnement parathyroïdien. BELGODERE.

Le Glutathion dans la peau. Rapports avec les processus d'oxydation, par Pietro CASTELLINO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 3, juin 1933, p. 727. Bibliographie.

L'auteur, continuant ses études sur le glutathion dans la peau, rapporte les résultats qu'il a obtenus dans une série de recherches qui ont eu pour but d'étudier le comportement du sulfhydrile dans la peau de lapins soumis à des traitements divers (injections de glutathion ou de substances oxydantes, irradiations, frictions avec de l'essence de térébenthine), confrontant ces résultats avec les variations des processus d'oxydation étudiés simultanément.

Il met en évidence que le glutathion augmente sous l'influence d'excitations peu intenses parallèlement avec les variations de l'intensité des processus de déshydrogénisation, et il en conclut que le glutathion joue un rôle important dans l'évolution des phénomènes d'oxydation.

BELGODERE.

A propos des rapports entre les syndromes génito-ano-rectaux et la maladie de Nicolas-Favre, par DEL VIVO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 3, juin 1933, p. 735, 4 fig. Bibliographie.

Dans ces dernières années, de nombreux auteurs, dans une série de travaux et de communications, se basant spécialement sur la positivité de la réaction de Frei, tendraient à voir dans l'esthiomène, dans l'éléphantiasis des organes génitaux et de l'orifice anal, dans le syphilome ano-rectal, des formes atypiques de la maladie de Nicolas-Favre. Les lésions ci-dessus peuvent se présenter seules ou bien être associées, donnant ainsi un syndrome complexe décrit par Jersild sous le nom de syndrome génito-ano-rectal.

L'auteur a pu observer quatre cas de ce syndrome : il s'agit de quatre femmes de mœurs légères, qui ont été hospitalisées à maintes reprises et par suite observées pendant l'évolution de leurs phénomènes morbides. Des résultats des recherches qui ont été pratiquées, l'auteur conclut que le virus de la maladie de Nicolas-Favre est capable de déterminer certains syndromes génito-ano-rectaux. Il convient cependant de tenir compte que, chez les sujets atteints de rétrécissements rectaux ou de syndromes génito-ano-rectaux, qui présentent une intradermoréaction de Frei positive, on ne peut pas attribuer systématiquement au virus lymphogranulomateux toutes les altérations morbides. L'incertitude qui règne encore sur le virus de la maladie de Nicolas-Favre, sur le mode de contagion et de propagation du virus dans notre organisme. la possibilité d'une association morbide de la lymphogranulomatose avec d'autres affections vénériennes, spécialement avec la lues, capables de donner des manifestations morbides cliniquement semblables, sont des considérations qui doivent justifier encore toutes réserves.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

A propos des modifications sérologiques observées chez les luétiques soumis à des irradiations ultraviolettes, par V. Leigheb. *Il Dermosifilografo*, 8e année, no 6, juin 1933, p. 277. Bibliographie.

Le rôle important que joue la peau dans les processus d'atténuation spontanée des virus et dans l'immunisation générale a suggéré à quelques auteurs cette idée, que peut-être il serait possible d'utiliser dans un but thérapeutique les réactions qui se produisent dans la peau sous l'influence des irradiations ultra-violettes ; peut-être pourrait-on par ce moyen renforcer l'action des médicaments, surtout dans les cas où ils se montrent insuffisamment actifs. Quelques-uns même (dont on peut penser qu'ils exagèrent) n'ont-ils pas prétendu utiliser les rayons ultra-violets comme moyen de traitement exclusif de la syphilis !

L'auteur passe en revue tous les différents travaux qui ont été publiés dans cet ordre d'idées au point de vue du traitement de la syphilis et qui ont porté surtout sur les modifications de la réaction de Bordet-Wassermann sous l'influence des irradiations.

Puis il expose les résultats de ses recherches personnelles. Il a institué trois séries d'expériences :

1° Chez des sujets syphilitiques avérés, avec séro-réaction positive, les irradiations amènent-elles une atténuation des réactions ?

2° Chez des luétiques à réaction négative, les irradiations peuvent-elles provoquer la réactivation ?

3° Chez les sujets non luétiques, dont les réactions humorales sont par conséquent négatives, les irradiations amènent-elles des modifications humorales ?

Résultats :

1° Pour la première série, L. a constaté *régulièrement une diminution de la positivité*, au moins pour l'une des diverses réactions pratiquées (Bordet-Wassermann, Hecht, M. K.).

2° Pour la deuxième série : pour le Hecht, il y a eu 6 réactivations pour 10 cas ; pour le Bordet-Wassermann, 0 sur 10 ; pour la M. K., 0 sur 5. Les 4 cas sur 10 où le Hecht ne fut pas réactivé étaient 4 hérédos et 1 qui était seulement suspect de syphilis.

3° Pour la troisième série, aucune modification humorale n'a été constatée chez les non-spécifiques sous l'influence des irradiations : les réactions sérologiques se montrèrent négatives après comme avant.

Discussion de ces résultats et interprétation de leur mécanisme. Revue des opinions émises à ce sujet par les différents auteurs. Le problème le plus difficile est de savoir si les réactivations et les négativations ainsi obtenues sont de nature spécifique, si, comme le pense Fernet, l'irradiation provoque la formation d'anticorps qui se déversent dans la circulation, amenant la réactivation des négatifs et la négativation des

positifs. Ou bien s'il s'agit de réactions dues à des protéines aspécifiques mises en liberté par les irradiations et qui peuvent, elles aussi, provoquer des modifications sérologiques, comme on peut en obtenir par exemple par des injections de lait, de vaccin antisyphilitique et de beaucoup d'autres substances. BELGODERE.

Recherches statistico-cliniques sur la morbidité par maladies vénériennes dans la période de 1920-1932 (Dispensaire antivénérien de la Clinique Dermosiphilopathique), par V. PASTORINO. *Il Dermosifilografo*, 8e année, no 6, juin 1933, p. 293.

L'auteur a étudié le comportement des maladies vénéréo-syphilitiques dans la province de Sassari (Sardaigne) de 1920 à 1932, sur les données recueillies au Dispensaire antivénérien de la Clinique et sur celles de la salle des vénériens de l'Hôpital civil de Sassari.

Au moyen de tables et de diagrammes appropriés, il peut établir : que pour la syphilis, aux valeurs élevées de la période de 1920 à 1924, a succédé une diminution progressive jusqu'en 1931 ; puis en 1932 il s'est manifesté une reprise.

Pour la blennorragie, les chiffres sont toujours assez notablement plus élevés que pour la syphilis et les autres affections vénériennes, mais elle a été aussi en diminuant depuis 1925 et il s'est produit aussi en 1931-1932 une brusque réascension dépassant les chiffres de la période d'après-guerre.

Pour le chancre mou, mêmes constatations : diminution progressive, jusqu'à des chiffres très minimes en 1931 et en 1932 réascension, mais beaucoup moindre que pour les deux affections ci-dessus.

Pour les affections paravénériennes (végétations, etc...) encore la même évolution, c'est-à-dire diminution d'abord et réascension depuis 1929 au point que 1932 a donné les chiffres les plus élevés.

Donc, dans la province de Sassari, il y a une tendance à l'extension des maladies vénériennes, qui doit appeler des mesures de préservation

Causes de cette extension : les libertés de plus en plus grandes que prennent les femmes en Sardaigne comme ailleurs. Facteurs de cette extension : surtout les « bonnes » qui, en raison des conditions particulières dans lesquelles elles se trouvent, ont toute facilité pour se livrer à la prostitution sans craindre aucun contrôle (comme à Paris en somme). BELGODERE.

Sur un cas peu commun à type d'érythème polymorphe, par Emilio CORTELLA. *Il Dermosifilografo*, 8e année, no 6, juin 1933, p. 314.

Observation d'une femme de 50 ans, atteinte d'une dermatose localisée à la face, aux mains, aux parties génitales. Les caractères pourraient faire hésiter entre la syphilis (éléments nodulaires) et l'érythème polymorphe. C'est ce dernier diagnostic qui prévalut, malgré l'anomalie de localisation et d'aspect d'une partie des lésions. Cette poussée éruptive avait débuté par une angine avec fièvre et il y avait eu déjà précé-

demment plusieurs poussées analogues, toujours accompagnées de fièvre et d'angine.

La poussée présente s'atténue, la fièvre tombe, la malade semble s'acheminer vers la guérison ; mais au bout de quelques jours : réascension thermique, violente angine, recrudescence éruptive, état général très grave, qui aboutit à la mort.

Les recherches bactériologiques n'ont pu déterminer quel était l'agent pathogène. Des lésions, on a pu seulement extraire un streptocoque, constatation banale, et encore ne s'est-il pas montré pathogène pour le lapin. L'hémoculture a été négative. Du reste, antérieurement, divers auteurs ont obtenu par l'hémoculture dans des cas d'érythème polymorphe, des microbes très variés. De sorte que l'on peut conclure que, à l'heure actuelle, l'érythème polymorphe aigu fébrile est une affection secondaire à une cause microbienne qui est encore inconnue.

BELGODERE.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Histogenèse des lésions cutanées de la maladie de Kaposi, par GRZYBOWSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXVIII, n° 2, juin 1933, p. 209, 19 fig.

Les lésions histologiques de la sarcomatose de Kaposi consistent en une prolifération des vaisseaux des réseaux sous-papillaire et profond. La néoformation vasculaire associée à la stase sanguine finit par donner un aspect analogue à celui des angiomes. Ce processus s'accompagne d'un épaississement considérable des parois vasculaires dont la prolifération va progressivement jusqu'à l'oblitération complète. De nombreux globules rouges restent dans les vaisseaux en voie d'oblitération et se trouvent, sur les coupes, disposés en traînées.

La nature cytologique des cellules en prolifération n'est pas encore établie ; il n'y a pas de preuves suffisantes pour admettre que ce sont des cellules de Schwann. G. n'a pas trouvé non plus de fibres nerveuses au voisinage des vaisseaux, ni même de groupements cellulaires spéciaux (cellules épithélioïdes). Il ne peut décider si l'analogie de structure avec les tumeurs développées aux dépens du glomus neuro-myo-vasculaire correspond à une parenté réelle de ces deux processus. Mais ayant pratiqué des imprégnations argentiques suivant la technique de Ramon y Cajal, il a constaté que les éléments nerveux étaient infiniment rares dans ces tumeurs qui, d'ailleurs, ne sont pas douloureuses comme le sont les tumeurs riches en fibres nerveuses. Il pense que les fibrilles aperçues par certains auteurs n'étaient pas des éléments nerveux et qu'il n'y a pas non plus de raison suffisante pour voir l'origine des tumeurs de Kaposi dans les gaines nerveuses.

A son avis, il s'agit de tumeurs conjonctives, constituées aux dépens des parois vasculaires par leur néoformation, l'épaississement de leurs parois et l'oblitération progressive de leurs lumières par des cellules proliférées.

S. FERNET.

Influence de la sérosité du lupus vulgaire sur l'évolution de la réaction à la tuberculine, par Kauczynski. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. XXVIII, n° 2, juin 1933, p. 268.

Une série de facteurs de nature biologique, chimique ou physique peuvent influencer les tuberculino-réactions. K. a voulu compléter les recherches qui ont montré l'existence, dans certaines lésions tuberculeuses, de substances capables de renforcer les réactions à la tuberculine (procutines). Il a cherché, en particulier, à savoir si la sérosité du lupus vulgaire contenait des substances capables d'intensifier ou d'atténuer les intradermo-réactions à la tuberculine chez les porteurs de lupus. Pour cela, il a pratiqué des intradermo-réactions à la tuberculine seule, à la tuberculine additionnée de sérosité lupique ou de sérum des sujets lupiques et de nombreuses réactions de contrôle.

Il conclut de ses expériences que : la sérosité du lupus n'a pas d'action constante sur l'intradermo-réaction à la tuberculine ; le sérum sanguin des sujets porteurs de lupus, mais ne présentant pas de lésions viscérales appréciables, intensifie nettement les réactions tuberculiniques (présence de procutines ?) ; les substances qui intensifient les réactions à la tuberculine chez les porteurs de lupus peuvent aussi les intensifier chez d'autres individus, indemnes de tuberculose cutanée.

S. Fernet.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Rétraction de l'aponévrose palmaire (Maladie de Dupuytren) (Contraction of the palmar aponeurosis (Dupuytren's Disease), par V. Pardo-Castello. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 649, 2 fig.

Jusqu'à présent, la maladie de Dupuytren n'a pas été considérée comme une maladie rentrant dans la dermatologie. L'auteur la considère, après étude clinique et histologique, comme une sclérose cutanée. La présence d'une artérite chronique, d'un infiltrat péri-vasculaire et péri-glandulaire parle en faveur d'une origine angio-toxique.

Olga Eliascheff.

Un cas de syringomes (Ein Fall von Syringomen), par K. Edel. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 655, 3 fig.

Description d'un cas de syringomes chez un homme âgé de 20 ans. L'éruption débuta à l'âge de 8 ans sur la poitrine, autour de l'ombilic et au voisinage du pubis. L'histologie montra (coupes en série) l'origine des tumeurs aux dépens d'un conduit excréteur d'une glande sudoripare. Cette glande appartenait aux glandes normales eccrines de Schiefferdecker. Les opinions d'Unna et de Kyrle sur le développement des syringomes aux dépens des ébauches embryonnaires des glandes sudoripares sont rejetées par l'auteur.

Olga Eliascheff.

Maladie de Golstein ou maladie de Rendu-Osler-Weber (Goldstein's disease or Rendu-Osler-Weber disease), par Hyman J. Goldstein. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 661, 11 fig.

Revue bibliographique sur l'angiomatose familiale héréditaire avec hémorragies familiales (Goldstein) ou la maladie de Rendu-Osler-Weber. L'auteur a rassemblé 110 familles dont 650 sujets furent atteints de cette maladie. Le diagnostic n'est pas difficile à établir, si on recherche les manifestations suivantes : saignements répétés du nez avec télangiectasies visibles de la peau et des muqueuses. Le traitement consiste dans une surveillance du malade ; il faut tâcher de combattre l'anémie suite des hémorragies. L'étiologie est une lésion héréditaire des vaisseaux sanguins. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de la maladie de Bowen (Beiträge zur Kenntnis des Morbus Bowen), par A. W. Iljina et L. N. Maschkilleisson. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 695, 8 fig.

Observations de deux cas personnels de maladie de Bowen. L'aspect clinique de cette maladie est très polymorphe, il existe un stade superficiel intraépidermique (maladie précancéreuse de Bowen) et un stade profond épidermo-dermique (cancer de Bowen).

Olga Eliascheff.

Sensibilisation vis-à-vis les graines de lin (Sensibilisierung gegen Leinsamen), par W. Burckhardt et S. Hellerstrom. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 712.

Observation d'une malade âgée de 45 ans, traitée localement pendant 2 mois et demi par des cataplasmes de lin. Apparition d'une hypersensibilité généralisée vis-à-vis de ce produit. On a pu reproduire cette hypersensibilité soit par des applications de graines de lin sur la peau, soit par l'ingestion ; la peau réagissait soit par un eczéma, soit par une eczématide. Olga Eliascheff.

Sur les kératoses palmaires et plantaires dans la maladie de Darier (Ueber die bei Darierscher Krankheit an Händen und Füssen vorkommenden Keratosen), par Gustav Hopf. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 6, décembre 1932, p. 720, 9 fig.

Description d'un cas de maladie de Darier avec lésions à forme de verrues planes sur la face palmaire des mains et la plante des pieds. Si l'histologie ne montre pas de cellules dyskératosiques typiques, ces verrues ne sont autre chose que des kératoses disséminées nævoïdes, qui se rencontrent combinées avec la maladie de Darier.

Olga Eliascheff.

Actas dermosifiligraficos.

Nouvelle contribution à l'étude pathogénique et thérapeutique des érythrodermies salvarsaniques. Traitement par les extraits hépatiques (Nueva aportacion al estudio patogenico y terapeutico de los eritrodermias salvarsanicas. El tratamiento con los extractos hepaticos), par Gay Prieto, L. Egea Bueno et M. Gallego Burin. *Actas dermosifilograficos*, 25e année, n° 8, mai 1933, p. 715.

Les recherches des six dernières années démontrent que les formes graves et tardives des exanthèmes salvarsaniques sont de nature allergique.

Parmi les éléments les plus constants de ce que l'on pourrait appeler la *personnalité allergique*, figure une modification du métabolisme des glucides, traduisant une insuffisance hépatique.

Chez deux malades, atteints d'érythrodermie arsenicale, le fonctionnement défectueux du foie est établi par les modifications de la courbe de la glycémie, par la galactosurie provoquée et par les heureux résultats de l'hépatothérapie.

J. Margarot.

NÉCROLOGIE

ADAM KARWOWSKI

La dermatologie polonaise est cruellement éprouvée ; après Krzyztalowicz, voici KARWOWSKI qui disparaît subitement, emporté par une crise cardiaque en plein Congrès des dermatologistes slaves qu'il présidait à Posnan, le 13 septembre 1933 et, coup sur coup, deux des chaires de clinique des maladies cutanées des jeunes Facultés de médecine polonaise reconstituées, sont ainsi privées des animateurs qui en avaient été les premiers titulaires.

Adam KARWOWSKI était né le 22 mars 1873. Après avoir terminé ses études médicales, il poursuivit sa spécialisation dermatologique à Innsbruck chez Lukasiewicz, à Berlin chez Lassar et Max Joseph, à Breslau chez Neisser, à Fribourg chez Jacobi, enfin à Paris à l'Hôpital Saint-Louis. Professeur de clinique dermato-syphiligraphique à Posnan depuis 1921, il fut le créateur de cette clinique dans l'Université nouvellement fondée après la libération de la Posnanie. Ses principaux travaux scientifiques portèrent sur la blennorragie, l'atrophodermie vermiculée, l'érythrocyanose sus-malléolaire, la maladie de Fox-Fordyce, les pigmentations et les dépigmentations cutanées. Il s'adonna d'autre part activement à la prophylaxie des maladies vénériennes et à la lutte contre le lupus.

Il participa d'une façon efficace à la fondation de l' « Union des médecins slaves » et de l' « Union des dermatologistes slaves » dont il était un des animateurs. Il était également membre de l' « Association des dermatologistes de langue française ».

Tous ceux qui l'ont connu conserveront un souvenir ému de ce collègue gai, allant, courtois et affable. Qu'il me soit permis d'y ajouter l'expression de notre reconnaissance pour la sympathie ardente qu'il

manifesta toujours pour la dermatologie française et pour la France. Je la lui ai entendue exprimer publiquement à Belgrade et à Strasbourg dans des termes dont la chaleur et la franchise allaient droit au cœur.

Les dermatologistes français prient leurs collègues polonais de croire à l'expression sincère de leur profonde sympathie dans cette douloureuse circonstance.

L.-M. Pautrier.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD



Louis QUEYRAT

2 DÉCEMBRE 1856-18 OCTOBRE 1933

Une belle et pure figure médicale vient de s'éteindre, Louis Queyrat a été emporté par une syncope cardiaque le 18 octobre 1933.

Louis Queyrat, originaire de la Creuse, né à Meymanat, était fils de médecin, de ces admirables médecins de campagne appelés sans répit la nuit comme le jour, qu'il pleuve ou qu'il vente.

Le portrait du Père était dans le bureau du Fils, visage austère aux yeux sérieux, petite barbe, muscles d'acier sur de fortes saillies osseuses. Quelle influence cet homme de rude devoir a eue sur son Fils, quel exemple il est resté pour lui !

Il fait ses études à Louis-le-Grand où il est brillant élève.

Comme son père il veut être médecin, et il a comme premier maître Lasègue, puis il devient l'élève de Proust, de Tillaux, de Nicaise, de Blachez, de Guibout, d'Hanot, de Déjerine, de Porak ; mais trois maîtres ont sur lui une influence considérable : Hardy, Grancher, Landouzy.

Il est arrivé en 1881 à l'Internat, obtient la 1re mention de la médaille d'argent en 1883, la 1re mention de la médaille d'or en 1885.

En 1886 il publie dans la *Revue de médecine* un article très remarqué sur la Splénopneumonie.

Avec Landouzy, à la crèche de l'hôpital Tenon, il étudie la tuberculose du premier âge et en fait le sujet de sa thèse inaugurale (1886). Il accomplit son volontariat à Lyon ; la nouvelle méthode de Brandt, la balnéothérapie de la fièvre typhoïde y est appliquée, Queyrat qui a vu les bons résultats de cette médication s'en fait, à Paris, l'ardent défenseur. La forte école syphiligraphique lyonnaise

marque aussi sur lui son empreinte, il apprend là la fréquence du chancre mixte et s'imprègne des doctrines de Rollet, que le temps n'a pas fait vieillir.

Queyrat enthousiasmé par la nouvelle science bactériologique travaille à l'Institut Pasteur avec Roux, perfectionne même quelques détails de technique et met au point « le couteau de Queyrat » pour la préparation des milieux de pomme de terre.

Nommé médecin des hôpitaux il arrive comme chef de service à l'hôpital Ricord qui va changer son nom compromettant pour Cochin-Annexe, puis qui se fondra ensuite dans l'hôpital Cochin.

Il trouve là un service actif, très fréquenté par une nombreuse clientèle vénéréologique mais le service est bien vieux et bien sale.

Il y a des salles étroites, très basses, carrelées de briques rouges, une des plus petites, presque propre, est baptisée le Sénat. Une assez grande pièce est transformée en laboratoire, des chambres payantes abritent pour 5 francs les malades de Paris ou de Province atteints de lésions syphilitiques serpigineuses effroyables, ou de chancrelles qui après avoir rongé les organes génitaux, les aines gagnent le dos et le ventre en un phagédénisme que rien n'a arrêté jusque-là.

La salle 6 est installée au rez-de-chaussée pour les orchites. Un traitement méthodique est appliqué, Queyrat ne veut pas traiter seulement l'accident mais la maladie.

Il y a un curieux appareil « la pipe » autour duquel sont groupés quelques malades qui un tuyau dans la bouche respirent les vapeurs de mercure.

Les gros accidents tertiaires cutanés que l'on ne peut plus montrer aux élèves aujourd'hui sont traités par les frictions mercurielles appliquées avec rigueur par le panseur et, en même temps, le malade absorbe par la bouche et par l'intestin, des doses progressives d'iodure de potassium allant jusqu'à 12 grammes.

Mais la méthode de traitement de fond qu'il adopte c'est l'huile grise, médication la plus active pour l'époque et pratique puisque les séries sont de huit piqûres et que le malade vient une fois par semaine.

La syphilis, maladie soignée chez l'individu, ce n'est pas tout. Queyrat applique largement la méthode de la confrontation de Bassereau, fait venir la partenaire et la soigne à son tour. Mais scandale, on n'a pas le droit de faire entrer une femme à Ricord.



(Photo Isabey)

Louis QUEYRAT
(1856-1933)

Il faut des luttes ardentes pour y arriver : une policlinique pour femmes et enfants est enfin annexée au service.

Au point de vue social, Queyrat a été un précurseur : avec Jeanselme et Hudelo, il obtient les consultations du soir en 1904.

Le malade peut soigner sa syphilis tout en continuant à travailler, un immense progrès a été réalisé.

Puis la syphiligraphie entre dans une ère nouvelle, le tréponème est découvert, la réaction de Bordet et Gengou est appliquée par Wassermann à la syphilis, Erhlich découvre le 606.

Queyrat adopte un des premiers le 606, d'abord l'injection intramusculaire, si peu pratique et si douloureuse. puis l'intraveineuse.

Il applique la méthode avec rigueur, prudence, avec un soin méticuleux faisant lui-même les injections. Il reçoit Ehrlich dans son service. Il restera longtemps fidèle au 606 et n'adoptera que plus tard le 914, plus pratique, avec la technique de Ravaut, mais qui n'est pas plus actif. Plus tard il adoptera également le bismuth, dont en beaucoup de circonstances il obtient des résultats comparables à ceux des arsenicaux.

Queyrat, en disciple de Hardy, a été également un bon dermatologiste. Ses fortes études de médecine générale lui faisaient toujours faire l'examen complet du malade et il achevait toujours par les préparations bactériologiques qu'il faisait lui-même, colorant bacilles de Koch, bacilles de Ducrey, tréponèmes, gonocoques.

Il mêne campagne pour prouver la réinoculation du chancre syphilitique au porteur pendant les dix premiers jours. Pontoppidan a vu le premier le fait, en 1884, mais Queyrat est à peu près seul de son avis et il a contre lui le professeur Fournier lui-même qui n'est pas convaincu par la précision pourtant si rigoureuse de l'expérimentation.

Ces expériences capitales ouvrent le chemin aux nouvelles conceptions sur l'immunité dans la syphilis. A la période tertiaire le syphilitique, dans certaines conditions, peut réagir à une inoculation nouvelle et il le fait sur le type de l'accident tertiaire. Superinfection et réinfection syphilitiques acquièrent ainsi droit de cité.

Queyrat étudie la syphilis maligne précoce, les balanoposthites, fait des communications toujours précises et marquées au coin du bon sens à la Société médicale des hôpitaux ou à la Société de dermatologie et de syphiligraphie. Il montre combien souvent la

syphilis héréditaire est à la base du rétrécissement mitral. Il enrichit le musée Heurteloup, de l'hôpital Cochin, de nombreux moulages de cas intéressants.

Il a écrit dans le *Traité de Thérapeutique* de Robin les articles sur la thérapeutique de la syphilis et des maladies vénériennes et récemment encore il écrivait l'article sur les balanoposthites pour le nouveau *Traité de Dermatologie.*

Clinicien très fin, il aime l'enseignement dans son service, organise des cours avec son collègue Michon.

Mais médecin dans toute la force du terme le côté social de la médecine l'a toujours attiré.

Il était toujours prêt en toutes circonstances à agir comme médecin.

Il disait un jour à son interne Demanche : « même l'hiver je ne porte jamais de gants car un médecin doit toujours avoir les mains prêtes à porter immédiatement secours ».

Son œuvre sociale a été considérable.

Fondateur de la Ligue nationale française contre le Péril Vénérien dont il devint le Président en 1927, il a été un animateur et un chef.

Ses interventions et communications à la conférence de la syphilis héréditaire, en 1925 ; à la conférence de la Défense sociale contre la syphilis à Nancy, en 1928, étaient toujours écoutées avec respect car elles étaient la résultante de beaucoup d'expérience, du bon sens et d'une haute conscience.

Il organise les cours de service social à la Ligue contre le Péril Vénérien, enfin il a la géniale conception de l'Institut Alfred Fournier, qui malgré les vents contraires, arrive, grâce à sa ténacité, à pouvoir être inauguré lors du centenaire d'Alfred Fournier en mai 1932.

Ce splendide institut, merveilleux temple de la Syphiligraphie, abrite dans ses murs un dispensaire, des laboratoires de sérologie, l'Ecole de sérologie, le laboratoire de recherches qui fonctionnant sous la direction de M. Levaditi, fait prévoir de fécondes moissons, un laboratoire dépendant de l'Académie de Médecine pour le contrôle des médicaments antisyphilitiques dirigé par M. Camus.

Des installations modèles pour les animaux, aux étages supérieurs, complètent l'édifice que l'on peut avec orgueil montrer aux étrangers. Les élèves des cours de sérologie emportent chaque année vers les plus lointaines nations un peu de reconnaissance pour la France,

qui est le seul pays actuellement, où, grâce à cet Institut, ils ont pu être initiés à la sérologie. On peut dire que l'effort fourni par Louis Queyrat pour cette œuvre a abrégé sa vie. Quand il y a quelques mois, la maladie l'a obligé à se démettre de ses lourdes fonctions de Président, il l'a fait sans amertume car il remettait son œuvre entre les mains énergiques et sûres du Président Milian.

Propagandiste ardent Queyrat n'avait ménagé ni son temps ni sa peine pour les conférences, les commissions, en particulier la commission de Prophylaxie au Ministère de la Santé publique.

Il avait été le premier à faire des conférences sur la syphilis à des jeunes filles et jeunes femmes avec le plus grand succès.

Queyrat n'avait pas recherché les honneurs. Pendant la guerre il avait dirigé l'important centre de syphiligraphie de l'hôpital Dominique Larrey, il était Officier de la Légion d'honneur.

Président de la Société de dermatologie et de syphiligraphie en 1923, il fut expert à Genève en 1928, en matière de syphilis, à la Société des Nations.

Queyrat a été un grand Médecin parce qu'il avait toutes les qualités d'un grand cœur et, au premier rang, la Bonté.

C'est pour cela que vivra son souvenir tant que vivront ses amis, ses malades, ses élèves, mais c'est son œuvre sociale qui doit soulager et faire disparaître tant d'humaines souffrances, qui dans les générations à venir perpétuera sa mémoire.

Dr Marcel Pinard.

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR L'HYPERSENSIBILITÉ CUTANÉE DES SYPHILITIQUES (*)

Par A. BESSEMANS, B. DUJARDIN et M. WISER.
(Institut d'Hygiène et de Bactériologie de l'Université de Gand et Dispensaire intercommunal antivénérien de Schærbeek-lez-Bruxelles).

Historique (**)

Comme le relatent avec tous les détails voulus une étude de Worms (64) et surtout une monographie fort documentée de Planner (51), c'est depuis les essais de Neisser (42), Tedeschi (60), Jadassohn (35) et Ciuffo (15), dont les premiers furent exposés complètement par Meirowsky (40), que divers auteurs s'occupèrent de la sensibilité cutanée du syphilitique à l'égard de différents extraits de tissus humains infectés par le virus spécifique (***), jusqu'au jour où Noguchi pensa trouver un produit mieux approprié dans ce qu'il nomma la « luétine » (45, 46), c'est-à-dire une émulsion phéniquée de cultures du soi-disant tréponème pâle, dont il venait de réussir l'isolement *in vitro* (43, 44).

La luétine de Noguchi fut largement expérimentée, notamment, d'après lui-même (47) et les publications précitées de Worms et Planner : par Orleman-Robinson (1912), Nobl et Fluss (1912), Cohen (1912), Wolfsohn (1912), Kämmerer (1912), Faginoli et Fisichella (1913), Brown (1913), Desneux (1913) (17 à 20), Clausz (1914) et d'autres. La plupart

(*) Le résumé de cette note a été communiqué à la *Société belge de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Bruxelles, séance du 9 avril 1933.

(**) Les chiffres, placés entre parenthèses, ou bien renvoient à la bibliographie, ou bien indiquent l'année pendant laquelle parut le travail auquel il est fait allusion. Les auteurs sont cités, autant que possible, dans l'ordre chronologique.

(***) D'après Noguchi (47), Worms (64) et Planner (51) ; Nobl (1910), Nicolas, Favre et Gauthier (1910), Nicolas, Favre et Charlet (1910), Bertin et Bryant (1910), Fontana (1911). Tedeschi se servit d'un extrait de chancre, Fontana d'un extrait de plaques muqueuses, tous les autres d'un extrait de foie hérédo-syphilitique. Nicolas et ses collaborateurs; qui travaillèrent avec un extrait glycériné, appelèrent leur produit « syphiline ».

de ces chercheurs lui reconnurent une valeur diagnostique et pronostique plus ou moins manifeste. Son action parut généralement négative chez les sujets normaux, fréquemment positive, au contraire, chez les syphilitiques, surtout pendant les stades tertiaire et héréditaire, même accompagnée parfois d'exacerbations focales dans le tertiarisme.

Pourtant, dès le début, certaines voix prêchent la prudence. Des réactions nettes s'obtiennent, au moyen de milieux de culture contrôlés, par Nobl et Fluss (1912), Lœwenstein (1913), Boas et Ditlevsen (1913), tandis que Sherrik (1919) et Worms (64) signalent des réactions luétiniques positives chez des non-syphilitiques, en particulier après traitement interne par l'iodure de potassium. La chose est corroborée par Kolmer, Matsunani et Broadwell (1916), Kissmeyer (1917), Borberg (1917), Boas (1918), Mc Neil (1918) et d'autres. Puis, des réactions semblables aux réactions luétiniques sont observées avec l'agar par Kolmer et ses collaborateurs (1916), Stokes (1917) et Mc Neil (1918), avec la gélatine par Busacca (1922), Gutmann et Kropatsch (1924), avec le sérum de cheval par ces derniers et par Cartia (1929). La luétine elle-même ne fournit plus, à la longue, que des résultats insignifiants ou nuls, au point que Kolmer et Greenbaum (38), confirmés par plusieurs auteurs dont surtout Alderson (1) ainsi que Smith et Gill (57), se demandent si les repiquages des souches primitives de Noguchi n'ont pas fini par modifier profondément leurs propriétés antigéniques. Aussi, de nos jours, la luétine de Noguchi n'a plus guère de partisans et n'existe plus dans le commerce.

D'autres luétines, calquées sur leur devancière, ont été préparées au moyen de cultures tréponémiques obtenues en Allemagne ou en Russie et, entre les mains de certains expérimentateurs, elles semblent avoir donné satisfaction. Ce sont d'abord Reiter, seul ou avec Müller (53, 54), puis Pockels (52), qui rapportent des résultats spécifiques avec une luétine Reiter, les contrôles s'effectuant avec des émulsions de cultures de *Spirochæta dentium*, préparées de façon identique. Ce sont ensuite Hœltzer (33), qui essaie avantageusement une luétine fabriquée avec les tréponèmes isolés par Aristowsky et lui-même (34), puis Joseph (36) et plus tard Ohya (48), qui utilisent avec plus ou moins de succès les cultures Kroo. D'où la luétine Reiter est bientôt commercialisée par les *Sächsische Serumwerke* (Dresde) et, actuellement encore, la luétine Kroo (cultures débarrassées par centrifugations et lavages de leur milieu nutritif) est fournie par les *Behringwerke* (Leverkusen), sous le nom de *spirotest*, pour le diagnostic de la syphilis tertiaire et héréditaire.

Cependant, l'enthousiasme ne renaît plus pour les luétines *culturales*, d'autant moins que Wichmann ne reconnaît à la luétine Reiter qu'une valeur fort peu spécifique (63) et qu'à la suite des innombrables échecs de culture du *Treponema pallidum*, comme aussi pour divers motifs d'ordre morphologique et pathogène (6, 7, 61), plus d'un spécialiste, d'accord avec Kast et Kolmer (37), met en doute que le véritable agent étiologique de la syphilis ait bien été cultivé.

D'ailleurs, dans l'intervalle, nombreuses sont les épreuves cutanées instituées avec toute une série de substances nullement spécifiques, dont des antisyphilitiques et divers produits qui interviennent comme antigènes dans la réaction de Wassermann. Citons pour mémoire, d'après Planner (51) : le mercure (Oppenheim), les extraits d'organes normaux (Oppenheim et Müller, Fontana), les lécithines (Oppenheim, Fontana, Ciuffo, Meirowsky), le taurocholate ou le glycocholate de Na (Meirowsky, Lœper et ses collaborateurs), les protides déjà nommés plus haut (agar, gélatine, sérum de cheval), la tuberculine (Nicolas et ses collaborateurs, Burzi, Gavini, Joseph, Tarantelli, Oppenheim). Certaines de ces substances se montrent actives à l'instar des luétines culturales, ce qui plaide encore contre la spécificité des réactions dues à ces dernières.

Aussi, les tentatives se poursuivent avec des extraits d'organes syphilitiques, c'est-à-dire avec ce que l'on est convenu d'appeler les luétines « tissulaires » ou « organiques ». Après les auteurs signalés au début de cet historique, viennent d'abord Nakano (1913) et Bruck (1914), qui emploient du foie hérédo-syphilitique. Puis Trossarello (1914) recourt, pour la première fois, à un extrait de syphilomes testiculaires du lapin.

Mais de tous ces essais non plus il ne résulte guère d'applications pratiques et c'est Fischer (1913), qui parvient le premier à fabriquer une luétine organique vraiment intéressante. Dans le but d'étudier la neurosyphilis, cet auteur prépare un extrait de tissu pulmonaire de fœtus hérédo-syphilitiques *(pneumonia alba)*, sous la forme d'une fine émulsion physiologique, chauffée à 60° et phéniquée à 0,5 o/o, extrait qui dans son esprit est destiné à l'injection intracutanée. Klausner l'utilise en application épidermique sous le nom de « pallidine » (29), avec la conclusion que des réactions positives ne se produisent jamais chez des sujets non syphilitiques, ni dans la syphilis primaire ou secondaire, ni dans le tabès ou la paralysie générale, tandis qu'elles surviennent avec une grande régularité dans la syphilis tertiaire ou congénitale tardive, souvent aussi dans diverses formes de syphilis maligne.

Confirmation par Müller et Stein (41), qui, de plus, emploient des extraits analogues de surrénale ou de foie hérédo-syphilitique, puis encore et surtout de ganglions lymphatiques de syphilis primaire ou secondaire. C'est avec ce dernier produit que ces auteurs obtiennent les meilleurs résultats et, comme ils recourent à l'administration intradermique, ils observent des images réactionnelles particulièrement caractéristiques.

La pallidine de Fischer et Klausner se fabrique durant quelque temps chez Merck (Darmstadt), cependant que des extraits semblables se révèlent excellents entre les mains de Boas et Sturüp (1914), puis surtout de Planner (1921), Lauterstein et Planner (1921), Pischel-Dohrmann (1921), Martenstein et Granzow-Irrgang (1926), Hollander (1928), Cæsar (1928) et d'autres, dont plusieurs s'efforcent, au reste, d'apporter des perfectionnements à la fabrication des produits.

Seulement, l'on remarque vite que, pour des raisons inconnues, un tiers environ du matériel tissulaire tréponémifère ne se prête pas à la préparation d'un extrait convenable et ce fait, joint à celui de la difficulté d'obtenir constamment du matériel syphilitique approprié, fit que les luétines organiques furent relativement peu expérimentées et ne suscitèrent guère, malgré leur valeur, l'attention soutenue des chercheurs.

Ce fut donc fort heureux que Busson (1924) eut l'idée de reprendre la question et de lancer une nouvelle luétine organique extraite du foie hérédo-syphilitique (*). La luétine de Busson fut fournie quelque temps par l'Institut sérothérapique de l'Etat, à Vienne, et ses avantages furent reconnus non seulement dans la clinique viennoise de Finger, mais encore par une série d'auteurs étrangers à la maison, tels que Skalweit, Rabitsch, Stilaenkov, Martenstein et Granzow-Irrgang, Wolf, Lehner et Rajka, Sainz de Aja et Gômez, Cæsar (51). Toutefois, l'on ne peut se procurer que difficilement le foie requis, ce qui constitue, dans la pratique, un inconvénient sérieux et fit saluer comme un nouveau progrès la deuxième luétine organique, que le même « Staatliches Serotherapeutisches Institut » prépara en 1927, sous le nom de « luotest » de Müller et Brandt, aux dépens de syphilomes testiculaires du lapin.

Ces lésions sont produites, suivant les besoins, au moyen de diverses souches (Jahnel, Kolle, Uhlenhuth), leurs extraits physiologiques sont ensuite mélangés et additionnés de 0,1 o/o de formol, le produit final est enfin essayé (car cette fois encore l'activité spécifique n'est pas en rapport avec la richesse en tréponèmes), d'une part chez des sujets normaux, d'autre part chez des sujets que l'on sait capables de réagir nette-

(*) La publication de Busson (13) ne donne aucun détail au sujet de cette fabrication. Mais voici ce que l'auteur eut l'amabilité d'écrire à l'un de nous : « Mein Luetin wurde in der Weise dargestellt, dass sogenannte « Feuersteinleber » von congenitaler Lues mit 0,5 o/o Kalilauge, nachdem Sie fein hachiert worden war, digeriert wurde, dann nach Filtration bis zu volliger Klarheit das Filtrat getrocknet wurde. Der Rückstand wurde pulverisiert und bei Bedarf des Præparates jeweils die Gleiche Gewichtsmenge in Sodalösung gelöst und diese dann entsprechend verdünnt und neutralisiert. Es wurden aus einem groszeren trocken Vorrat stets gleiche Mengen in gleicher Flüssigkeitsmenge gelöst, wie dies auf Grund der klinischen Auswertung sich ergeben hatte. Dadurch wurde, solange der Vorrat reichte, ein ziemlich constantes Præparat geschaffen ».

La luétine de Busson s'injectait dans le derme, à raison de 0,1 à 0,2 cm^3. La lecture des réactions s'effectuait après 24 à 36 heures et, dans les cas douteux, encore après 48 à 72 heures. Les réactions positives spécifiques se distinguaient des fausses réactions par leur surélévation œdémateuse et par leur délimitation nette.

La méthode était préconisée pour le diagnostic de la syphilis tertiaire. Des réactions positives s'observèrent régulièrement aussi dans la syphilis héréditaire. Toutes les autres formes tardives de la maladie ainsi que le tabès et la paralysie générale fournirent des réactions négatives.

ment. Le « luotest » n'est délivré que s'il offre à ce contrôle clinique toutes les garanties désirables de valeur spécifique (*). Il s'utilise de la même façon et aux mêmes fins que la luétine de Busson. Planner (50, 51) et Brandt (12) ont vulgarisé la technique de son emploi, en même temps qu'ils ont décrit la nature des réactions, leur spécificité, leurs rapports avec le Wassermann, leur utilité pratique, tout en signalant la littérature qui les concerne.

En somme, le « luotest » est à l'heure actuelle le meilleur produit que nous possédions pour éprouver la sensibilité cutanée spécifique des syphilitiques. C'est d'ailleurs un produit analogue, préparé par Kolmer, Tuft et Rule, que ces derniers (39) ainsi que Gandy (30) préconisèrent récemment.

Mais notre historique se doit de rappeler encore d'autres travaux.

En effet, à la suite d'une hypothèse sur la systématisation de la syphilis émise par Dujardin (21), qui reconnut à cette dernière des formes allergiques et anallergiques, cet auteur, seul ou en collaboration avec Decamps, Duprez ou Wiser (22 à 27), démontra que l'état allergique du tertiarisme peut être mis en évidence par des intradermo-réactions effectuées non seulement au moyen de produits tréponémiques, mais encore de protides vulgaires variés, comme le lait de vache ou le sérum de cheval. D'après ces cliniciens, l'hypersensibilité cutanée des syphilitiques ne serait que partiellement de nature spécifique Elle serait due, pour le reste, à une « hétéro-allergisation » générale, occasionnée secondairement par le virus causal. Des injections répétées de protides banaux seraient d'ailleurs capables de transformer en allergiques les formes anallergiques de l'infection et auraient ainsi le grand avantage de pouvoir agir favorablement sur l'évolution du mal, de même que, dans la paralysie générale, habituellement anallergique, la malariathérapie aurait, entre autres, une action utile de nature allergisante.

Plusieurs observateurs, tels Canner (14), Gougerot et Peyre (31, 32), confirmèrent ces vues par l'utilisation, soit d'une luétine organique (Canner), soit de protides non tréponémiques. Dans le même ordre d'idées, Fellner (28) estime que la malariathérapie augmente l'activité fonctionnelle de toutes les cellules de l'organisme et intensifie, dans un tiers des cas, les réactions à la luétine, tandis que Dattner (16) signale que la cuti-réaction à la tuberculine, qui est presque toujours négative dans la paralysie générale, devient positive chez les mêmes malades, après malarisation, surtout si les effets cliniques de cette dernière ont été favorables.

Quant aux chercheurs, qui se placèrent sur le terrain de la syphilis expérimentale, ils sont, nous semble-t-il, plutôt rares.

Noguchi, qui essaya sa luétine chez le lapin (45), obtint des réactions

(*) Le « luotest » s'obtient à l'adresse suivante : Staatliches Serotherapeutisches Institut, Zimmermanngasse, 3, Vienne (IXe). Le mode d'emploi est joint à chaque ampoule.

positives chez des animaux préparés par des injections intratesticulaires répétées de tréponèmes culturaux. Par contre, les épreuves se montrèrent négatives, non seulement chez des lapins normaux, mais encore chez les lapins syphilisés porteurs de lésions ou cliniquement guéris par le salvarsan.

Uhlenhuth et Mulzer (62) eurent recours à des scarifications épidermiques et à des injections intracutanées avec des produits de syphilomes testiculaires de lapins. Jamais ils n'observèrent des résultats utilisables.

Bessemans et De Potter (9, 10) pratiquèrent systématiquement une série d'épreuves intradermiques, tant chez le lapin normal que chez le lapin syphilisé par voie testiculaire et arrivé à des moments différents de l'infection. Ils utilisèrent des protides non spécifiques et des produits tréponémiques divers, y compris le « luotest ». Ils constatèrent qu'en l'absence de généralisations cliniques, le lapin syphilisé réagit, à peu de chose près, comme le lapin normal, tandis qu'une allergisation nette se manifeste, en cas de métastases à tréponèmes vis-à-vis de divers protides et surtout d'émulsions des véritables tréponèmes pâles de leurs propres préparations et du « luotest ». Les hypersensibilités, qu'ils purent observer chez le lapin, ne furent pourtant que peu marquées. Ils estiment qu'elles ne sont d'aucune utilité pour le diagnostic et concluent : « c'est peut-être précisément parce que le lapin ne s'hypersensibilise que difficilement aux protéines vulgaires et particulièrement mal à celles du tréponème pâle, qu'il fait moins souvent que l'homme des généralisations à tréponèmes et que celles-ci ne prennent pas ou guère l'allure du véritable tertiarisme ».

Recherches personnelles

A l'effet de permettre l'institution de nouvelles recherches sur l'hypersensibilité cutanée de la syphilis chez l'homme, Bessemans a préparé une série de produits tréponémiques ainsi que leurs contrôles, à savoir

une luétine selon Noguchi, avec tréponèmes Noguchi (désignée LN) ;

ses contrôles, soit du milieu Noguchi semi-solide (CNS) et du milieu Noguchi liquide (CNL) ;

une luétine selon Noguchi, avec tréponèmes Aristowsky-Hœltzer (LA) ;

ses contrôles, soit du milieu correspondant semi-solide (CAS) ou liquide (CAL) ;

des émulsions de tréponèmes Noguchi (TN) ou Aristowsky-Hœltzer (TA) ;

des émulsions de syphilomes testiculaires de Lapins infectés des souches Gand Ch, PM ou FH (11) (TCh, TPM et TFH) ;

leur contrôle, soit une émulsion de testicule normal de Lapin (CN).

Ces divers produits furent préparés aseptiquement, suivant la technique résumée ci-après. Leur stérilité fut contrôlée par cultures et leur conservation assurée à la glacière.

Luétine selon Noguchi (45), avec tréponèmes Noguchi (LN) : cultures à 37° durant 1 mois, sur gélose-ascite au tiers ou bouillon-ascite au tiers, sous huile de paraffine et en présence d'un fragment de rein décortiqué de lapin, de la souche « Za » des soi-disant tréponèmes pâles isolés par Noguchi (43, 44); trituration, dans un mortier, d'un milieu semi-solide, bourré de tréponèmes ; dilution progressive, par mélange homogène avec une culture abondante liquide, jusqu'à l'obtention d'une émulsion claire ; chauffage à 60° durant 1 heure ; addition de 0,5 o/o d'acide phénique.

Contrôle Noguchi semi-solide (CNS) : séjour à 37° durant 1 mois, sous paraffine liquide et en présence de fragment de rein comme ci-devant, d'un mélange de 2 parties de gélose et de 1 partie d'ascite ; trituration, chauffage à 60° durant 1 heure et addition de 0,5 o/o d'acide phénique.

Contrôle Noguchi liquide (CNL) : idem avec 2 parties de bouillon et 1 partie d'ascite.

Luétine selon Noguchi, avec tréponèmes Aristowsky-Hœltzer (LA) et contrôles (CAS et CAL) : mêmes manipulations que pour les produits correspondants avec tréponèmes Noguchi, mais utilisation d'une souche des soi-disant tréponèmes pâles isolés par Aristowsky et Hœltzer (34) et entraînés par nous (8), avec milieux de cultures semblables aux précédents, quoique constitués de 1 partie de gélose ou de bouillon et de 2 parties d'ascite.

Emulsions de tréponèmes Noguchi (TN) ou Aristowsky-Hœltzer (TA) : centrifugations et lavages physiologiques de cultures liquides riches, suivies de l'émulsion homogène du culot dans l'eau physiologique en quantité équivalente au volume primitif, chauffage et phénolisation comme précédemment (*).

Emulsions de syphilomes, testiculaires (TCh, TPM et TFH) : trituration fine dans l'eau physiologique, décantation après un court repos, dilution physiologique jusqu'à concentration de 30 à 40 tréponèmes par champ ultramicroscopique, chauffage et addition d'acide phénique comme ci-dessus.

(*) La même ascite a été utilisée pour toutes les cultures de tréponèmes.

Emulsion de testicule normal (CN) : traitement semblable, à raison d'un poids tissulaire proportionnellement équivalent.

Au moyen de ces émulsions, Dujardin et Wiser pratiquèrent des épreuves intradermiques, à la dose de 0 cc. 2 par produit, d'une part chez quelques sujets humains syphilitiques à divers stades, d'autre part chez des témoins non syphilitiques et apparemment normaux.

A. — Voici le relevé des réactions observées, groupées par genre de patients (avec distinction de sexes) et d'émulsions, ainsi que les conclusions particulières qui paraissent s'en dégager. Ces réactions consistèrent en aréoles inflammatoires plus ou moins étendues et persistantes (parfois plus de 8 jours), avec papule centrale pouvant conduire à la nécrose. Leurs résultats sont notés en diamètre vertical et horizontal des zones irritées au moment de l'acmé (mensurations en centimètres). Celles qui n'atteignirent pas 2/2 ne peuvent pas, pensons-nous, être considérées comme indubitablement positives.

I. — Sujets syphilitiques

a) **Luétine LN et ses contrôles** (CNS et CNL) :

1° *Luétine* LN :

Syphilis primaire et secondaire. Quatre femmes : deux fois une réaction de 2/2, deux fois moins de 2/2. Quatorze hommes : une fois une réaction de 6/4, treize fois de moins de 2/2.

Syphilis latente. Huit femmes : une réaction de 4/3, trois fois de 3/3, quatre fois de moins de 2/2. Douze hommes : une fois une réaction de 5/5, une fois de 3/3, une fois de 2/2, neuf fois de moins de 2/2.

Syphilis tertiaire. Cinq femmes : une fois une réaction de 6/5, une fois de 4/4, une fois de 3/3, une fois de 2/2, une fois de moins de 2/2.

Parasyphilis. Tabès avec arthropathies (homme) : une réaction de 2/2. Tabès simple (hommes) : deux fois une réaction nulle. Paralysie générale malarisée : chez une femme, une réaction de

3/2 ; chez quatre hommes : une fois une réaction de 4/4, une fois de 2/2, deux fois de moins de 2/2.

2° *Contrôles de* CNS *et* CNL :

Ces produits, injectés chez quelques sujets en même temps que la luétine LN, produisirent toujours une réaction parallèle à celle de cette dernière, toutefois et régulièrement d'intensité moindre. Voici chez quatre patients, à titre d'exemples, les réactions dues à ces émulsions :

Luétine LN	6/5	3/3	2/2	0,6/0,3 (*) ;
Contrôles CNS ou CNL.	3/3	1,5/1,5	1,5/1,5	0,3/0,3.

Conclusions.

1° Qu'il s'agisse de la luétine ou de ses contrôles, les réactions sont appréciablement plus fortes dans le tertiarisme que dans les autres stades de la maladie.

2° Pour les trois produits et toutes conditions syphilitiques égales, les femmes réagissent plus intensément que les hommes.

3° Les réactions sont dues, pour leur plus grande partie, aux protides banaux des milieux de culture. Pourtant interviennent aussi, pour une petite part, les tréponèmes culturaux eux-mêmes et leurs produits de sécrétion éventuels *in vitro*, les uns ou les autres soit séparément soit les deux à la fois.

b) Luétine LA et ses contrôles (CAS et CAL) :

1° Luétine LA :

Syphilis primaire et secondaire. Une femme : une réaction de 8/7. Huit hommes : une fois une réaction de 8/7, sept fois de moins de 2/2.

Syphilis latente. Cinq femmes : une fois une réaction de 8/6,

(*) Il est intéressant de noter que la lésion osseuse, que nous avions prise d'abord pour une syphilide tertiaire (chez une femme incontestablement syphilitique et dont la réaction à la luétine fut anormalement faible), se révéla par la suite être de nature tuberculeuse, ce qui nécessita l'amputation de la jambe.

une fois de 7/6, une fois de 7/5, une fois de 6/4, une fois de moins de 2/2. Quatorze hommes : une fois une réaction de 6/6, une fois de 6/4, une fois de 5/5, une fois de 4,5/4,5, une fois de 3/3, neuf fois de moins de 2/2.

Syphilis secondo-tertiaire. Un homme : une réaction de 7/6.

Syphilis tertiaire. Deux femmes : une fois une réaction de 10/7, une fois de 6/5.

Parasyphilis. Quatre tabétiques (hommes) : une fois une réaction de 1/1, trois fois une réaction nulle.

2° *Contrôles CAS et CAL* :

Les réactions dues à ces produits furent toujours parallèles à celles provoquées par la luétine LA, mais d'une intensité considérablement moindre. Elles furent même habituellement plus faibles que celles occasionnées, dans les mêmes circonstances, par les contrôles CNS et CNL.

A titre d'exemple :

Luétine LA : 8/7 ;

Contrôle CAS : 2/1.

Conclusions.

1° Les trois propositions, énoncées à propos de la luétine LN et ses contrôles, se confirment pour la luétine LA et ses contrôles.

2° La part d'action des tréponèmes Aristowsky-Hœltzer est plus grande que celle des tréponèmes Noguchi. La chose provient vraisemblablement du fait que les tréponèmes Aristowsky-Hœltzer furent isolés plus récemment et ne subirent encore, jusqu'à présent, qu'une petite réduction de leur pouvoir antigénique à la suite de leurs repiquages, moindre notamment que les Tréponèmes Noguchi, entretenus depuis longtemps en dehors de l'organisme et dont certains auteurs (voir historique) signalèrent déjà en 1922 l'affaiblissement de la propriété protéique propre.

3° Les réactions provoquées par les contrôles de la luétine LA étant généralement plus discrètes que celles des contrôles de la luétine LN, d'une part l'intervention des Tréponèmes Aristowsky-Hœltzer paraît d'autant plus importante, d'autre part le pouvoir

allergisant de la gélose et du bouillon ordinaires semble plus prononcé que celui de l'ascite.

c) Emulsions de tréponèmes, soit culturaux, soit syphilomateux, avec contrôle CN.

1° Emulsions tréponémiques :

Les réactions survinrent parallèlement avec celles des luétines, couramment plus atténuées pourtant qu'avec la moins active de ces dernières (LN). L'émulsion TN a présenté souvent une activité prédominante. Quant aux tréponèmes syphilomateux, ils se sont montrés au moins aussi actifs que l'émulsion TA et ont déterminé parfois des réactions fort marquées (jusque 6/6).

2° Contrôle CN :

Ce produit, expérimenté chez 6 sujets, ne produisit qu'une fois (dans un cas d'anévrysme) une réaction, d'ailleurs douteuse : elle fut inférieure à 1/1.

Conclusions.

1° Les tréponèmes culturaux eux-mêmes n'interviennent que pour une part relativement faible dans la production des réactions.

2° Si les cultures lavées TA se sont montrées moins actives que les cultures lavées TN, nous ne pouvons interpréter cette constatation, étant donné ce qui précède, qu'en admettant que nos émulsions tréponémiques culturales étaient insuffisamment débarrassées de leurs milieux respectifs (le milieu CNL agit plus fortement que le milieu CAL).

3° L'extrait de testicule normal de Lapin ne possède qu'un pouvoir allergisant particulièrement faible.

4° Les tréponèmes des syphilomes testiculaires du Lapin sont capables de déterminer des réactions allergiques propres, même très accusées.

II. — Sujets non syphilitiques

Quel que soit le produit utilisé, les réactions sont moins fréquentes ici que chez les syphilitiques. Elles ne sont que rarement aussi

fortes que chez les tertiaires. Pour le reste, les activités respectives des divers produits, tant tréponémiques que protéiques banaux, ne semblent guère différer, toutes proportions gardées, de ce qu'elles sont chez les syphilitiques.

C'est ainsi que, sur 10 épreuves pratiquées avec la luétine LN, une seule fut suivie d'une réaction nette, qui mesurait 2/2. Chez le même sujet, la luétine LA et les contrôles CNS et CAS déterminèrent respectivement des réactions de 5/5, 1,5/1,5 et 1/1 ; les émulsions tréponémiques TN, TCh et TPM chacune une réaction de 1/1.

Comme, à notre avis, on ne peut tabler que sur des réactions qui atteignent au moins 2/2, nous estimons que nos essais chez des sujets non syphilitiques ne sont pas assez nombreux ni assez démonstratifs pour justifier une appréciation générale bien assise. Pourtant, il en découle assez vraisemblablement, d'abord une corroboration des différentes conclusions énoncées plus haut, ensuite une preuve en faveur de la non-spécificité des réactions provoquées, chez les syphilitiques, par les luétines préparées aux dépens de tréponèmes culturaux. Cette seconde déduction cadre bien d'ailleurs avec l'opinion plausible (6, 7, 61) que ces spirochétidés ne sont peut-être pas de véritables tréponèmes pâles.

B. — Mais, chez un certain nombre des sujets précités, Dujardin et Wiser effectuèrent aussi des épreuves intradermiques avec d'autres produits (également à la dose de 0,2 cm³), notamment avec le sérum de cheval sous la forme d' « hémostyl » et avec le « luotest », dont nous avons rappelé dans l'historique qu'il est dosé par des essais cliniques de façon à supprimer toute réaction non spécifiquement syphilitique.

Dans le tableau ci-joint figurent les cas les plus typiques, qui furent ainsi traités. Les points d'interrogation représentent des réactions fort douteuses, c'est-à-dire inférieures à 1/1, tandis que les signes indiquent que les épreuves correspondantes n'ont pas été pratiquées.

L'on retrouve, dans ce relevé, certaines des réactions rapportées dans les pages qui précèdent. L'on y remarque, au surplus, que, chez deux sujets non syphilitiques, la réaction au « luotest » fut nulle (cas à ajouter aux trois témoins analogues, cités ailleurs par

Réponses intradermiques à différents produits protéiques chez des syphilitiques et des témoins.

Numéros d'ordre	État clinique des patients	Sexes : masculin (M) féminin (F)	Réactions à l' « hémostyl »			Réactions au « luotest »	Réactions à divers produits préparés par Bessemans									
			1re injection	2e injection	3e injection		CNS	CAS	LN	LA	TN	TA	TCH	TPM	TFH	CN
	a) *Sujets syphilitiques :*															
1	Chancre traité. .	M	—	—	—	3/3	?	?	?	?	?	—	—	—	—	—
2	Secondaire . . .	M	—	—	—	—	?	?	1/1	1/1	?	?	?	?	—	—
3	Secondaire . . .	F	4/4	20/15	—	—	1/1	?	2/2	8/7	—	—	—	?	—	—
4	S. latente . . .	F	5/4	15/10	—	2/2	3/3	3/2	4/3	6/4	3/2	3/2	3/2	3/2	—	—
5	S. latente . . .	F	10/6	21/19	—	—	3/3	1/1	2/2	7/6	5/5	1/1	1,5/1,5	1,5/1,5	3/3	—
6	S. latente . . .	M	—	—	—	?	?	?	?	?	?	?	?	?	—	—
7	S. latente . . .	M	?	?	3/3	—	?	?	5/5	5/5	?	?	2,5/2,5	1/1	—	—
8	S. latente . . .	M	?	?	?	?	?	?	1/1	1/1	?	?	?	?	—	—
9	S. latente . . .	F	?	7/4	6/5	2,5/2,5	—	?	—	8/6	7/6	?	1,5/1,5	2/2	—	—
10	Gomme osseuse .	F	10/8	20/15	—	13/10	—	—	4/4	10/7	7/7	1/1	6/6	6/6	—	—
11	Gomme (jambe) .	F	4/4	8/6	—	5/5	—	—	—	—	5/4	1/1	3/3	3/3	—	—
12	Anévrysme . . .	F	2/2	12/10	—	2,5/2	3/3	—	—	—	2/2	?	?	2/2	1/1	?
13	Artérite cérébrale.	M	?	?	?	2/2	?	—	?	—	—	—	—	—	—	—
14	Artérite cérébrale.	M	1/1	22/9	—	—	?	?	?	?	—	—	—	—	—	—
15	Tabes fruste . .	M	?	3/2	6/5	—	?	?	?	?	?	?	?	1/1	1/1	—
16	Tabes	M	1/1	4/4	4/4	?	?	?	?	?	?	?	?	?	—	—
17	P. G. malarisé. .	M	—	—	—	1/1	?	1/1	1/1	?	1/1	?	?	?	—	—
18	P. G malarisé. .	M	—	—	—	2,5/2,5	?	?	?	?	?	?	?	?	?	—
	b) *Sujets non syphilitiques :*															
19	Normal . . .	F	6/4	14/10	—	?	?	?	?	?	?	?	?	?	—	—
20	Normal	F	4/3	14/14	—	?	1,5/1,5	1/1	2/2	5/5	1/1	1/1	1/1	1/1	—	—

Dujardin et Wiser) (27) ; puis aussi que, dans la syphilis allergique, conformément à ce que ces auteurs ont déjà signalé, le « luotest » et plus encore l' « hémostyl » occasionnent en général, parallèlement aux autres produits, des réactions particulièrement fortes.

Conclusions générales

1° Ainsi que Dujardin et ses collaborateurs l'ont fait ressortir chez l'homme, pendant que Bessemans et ses élèves reconnurent chez le lapin des particularités analogues, la syphilis peut développer une capacité réactionnelle auto- et hétéro-allergique, qui atteint son apogée lors du tertiarisme chez l'homme et n'est guère manifeste dans la parasyphilis de Fournier.

2° Cette capacité réactionnelle, engendrée par le virus syphilitique, peut être mise en évidence par différents produits protéiques, tréponémiques ou non, le plus intensément par les produits riches en protides, comme le sérum de cheval ou le lait de vache.

3° Elle est beaucoup plus évidente chez la femme que chez l'homme, ce qui fait comprendre les différences évolutives de l'infection syphilitique des deux sexes, comme aussi les écarts profonds que l'on observe dans certaines de leurs autres réponses morbides (*).

4° Les produits non tréponémiques n'engendrent les réactions que par un mécanisme dénué de toute spécificité syphilitique et, selon toute apparence, il en est de même pour les produits tréponémiques préparés au moyen de tréponèmes culturaux (luétines selon Noguchi, émulsions lavées ou produits analogues).

5° Les émulsions de tréponèmes, empruntés directement à des lésions spécifiques (aux syphilomes testiculaires du lapin, par exemple), surtout lorsqu'elles sont judicieusement adaptées (à l'instar du « luotest »), semblent agir au titre d'antigènes spécifiquement antisyphilitiques. Il est probable que, comme protides, elles peuvent déclancher des réactions aussi bien hétéro- que auto-

(*) Vraisemblablement, il ne s'agit là que d'un cas particulier du fait pathologique général que les états d'hypersensibilité paraissent prédominer chez la femme, qui, au reste, les transmet héréditairement beaucoup plus facilement que l'homme.

allergiques. Mais des expériences plus nombreuses chez des non-syphilitiques sont souhaitables, à l'effet d'établir dans quelle mesure la chose se produit en réalité.

6° Pratiquement et jusqu'à plus ample informé, le diagnostic certain de la syphilis par épreuves intradermiques constitue une utopie. Cependant, non seulement le « luotest » et autres préparations de vrais tréponèmes pâles, les « luétines » selon Noguchi et tous produits analogues préparés avec des tréponèmes de cultures, mais encore des substances protéiques non tréponémiques, parmi lesquelles le sérum de cheval, constituent des réactifs de choix de l'allergisation syphilitique, tant de celle élaborée vis-à-vis de l'agent étiologique que d'autres antigènes albuminoïdes, telle notamment qu'elle est hautement caractéristique dans le tertiarisme.

Bibliographie (*)

1. Alderson (Harry E.). — Value of tests with commercial luetin. *Arch. Dermatol. and Syphilol.*, mai 1922, t. V, n° 5, p. 610.
2. Aristowsky (W.) et Hœltzer (R.). — Zur Frage der Kultivierung der Spirochaeta pallida in flüssigen Nährböden. *Klin. Wochenschr.*, 15 oct. 1925, t. IV, n° 42, p. 2016.
3. Bessemans (A.). — Sur les relations de parenté qui unissent le *Treponema pallidum Noguchi* au Virus neurotrope de Levaditi et au *Treponema cuniculi. C. R. Soc. de Biol.*, séance belge du 8 oct. 1927, t. XCVII, p. 1175.
4. Bessemans (A.). — Recherches expérimentales au sujet de quelques Spirochétidés. *Arch. intern. Méd. exp.*, déc. 1927, t. III, fasc. 4, p. 741.
5. Bessemans (A.). — La Spirochétose spontanée du Lapin en Belgique. *C. R Soc. Biol.*, séance belge du ▪ juin 1928, t. XCIX, p. 331.
6. Bessemans (A.). — Que penser de l'existence d'une forme invisible du virus syphilitique et pourquoi la rendre seule responsable du pouvoir pathogène spécifique ? *Bull. Acad. Méd. Belgique*, 29 oct. 1932, t. XII, n° 9, p. 569.
7. Bessemans (A.). — Sur les formes différentes et le pouvoir pathogène de l'agent étiologique de la syphilis. *Revue de Médecine*, déc. 1932, t. IXL, n° 10, p. 581.
8. Bessemans (A.) et De Geest (Mlle B.). — Contribution à l'étude du *Treponema pallidum* Aristowsky-Hœltzer. Caractères culturaux et morphologiques. *C. R. Soc. Biol.*, séance belge du 1er déc. 1928, t. XCIX, p. 1877.

(*) Les travaux des auteurs, qui ne figurent pas dans cette liste, comme aussi de ceux que, pour résumer, nous avons omis de citer dans les pages qui précèdent, sont indiqués complètement dans la belle monographie de Planner (51).

9. Bessemans (A.) et de Potter (Fr.) — Sensibilité intradermique du Lapin normal et syphilitique aux injections de protéines non spécifiques et de produits préparés avec le *Treponema pallidum* des lésions ou des cultures. *C. R. Soc. Biol.*, séance belge du 3 mai 1930, t. CIV, p. 339.
10. Bessemans (A.) et de Potter (Fr.). — Epreuves intradermiques d'hypersensibilité chez le Lapin porteur de manifestations syphilitiques primaire et métastatiques à tréponèmes. *C. R. Soc. Biol.*; séance belge du 27 juin 1931, t. CVII, p. 1573.
11. Bessemans (A.) et Vlaeyen (N.). — Sur l'isolement *in vivo* du Tréponème pâle et sur la séméiologie de la syphilis expérimentale du Lapin. *Arch. intern. Méd. exp.*, févr. 1929, t. IV, fasc. 4, p. 471.
12. Brandt (R.). — Das Luotest Müller-Brandt. *Seuchenbek.*, *Aetiol.*, *Proph. u. exper. Ther. Infekt. Menschen u. Tiere*, 1929, Bd VI, H. 3, p. 183.
13. Busson (B.). — Ein Luetinpräparat. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 3 avril 1924, t. XXXVII, n° 14, p. 333.
14. Canner (H. P.). — Therapeutische Versuche mit Organ Luetin. *Dermatol. Zeitschr.*, 1925, t. XLI, p. 79.
15. Ciuffo. — Tentativi di cuti et oftalmoreazione nella sifilide. *Giorn. ital. Mal. vener. Pelle*, 1909, t. XLIV, p. 170.
16. Dattner (Bernhard). — Moderne Therapie der Neurosyphilis, Vienne, 1933, p. 288.
17. Desneux (J.). — Cuti-réaction à la luétine chez les syphilitiques. *Journ. méd. Bruxelles*, 16 oct. 1913, n° 42, p. 437.
18. Desneux (J.). — La cuti-réaction à la luétine dans la syphilis. *Soc. Clin. Hôp. Bruxelles*, 8 nov. 1913.
19. Desneux (J.). — La cuti-réaction à la luétine dans la syphilis. *Journ. méd. Bruxelles*, 1 janv. 1914, t. XIX, n° 1, p. 9.
20. Desneux (J.). — Syphilis et cuti-réaction. *Bull. Soc. roy. Sc. méd. et nat. Bruxelles*, 5 janv. 1914, n° 1, p. 1.
21. Dujardin (B.). — Un essai de systématisation de la syphilis. *Bull. Soc. Roy. Sc. Méd. et nat. Bruxelles*, 1922, nos 5 et 6, p. 54.
22. Dujardin (B.). — Peut-on provoquer l'allergie ou hypersensibilité au cours de la syphilis nerveuse ? *Journ. Neurol. et Psych.*, 1923, n° 2.
23. Dujardin (B.) et Decamps (N.). — Influence d'une sensibilisation expérimentale sur l'allergie et les hétéro-allergies. *Bull. Soc. Roy. Sc. Méd. et nat. Bruxelles*, 1924, nos 6 et 7, p. 99.
24. Dujardin (B.) et Decamps (N.). — L'allergie, une constituante du terrain. Etude pathogénique et thérapeutique. *Arch. intern. Méd. exp.*, mars 1925, t. I, fasc. 3, p. 539.
25. Dujardin (B.) et Duprez (Ch.). — L'allergie dans la tuberculose et la syphilis. *Rev. belge Tubercul.*, mars 1924, n° 3, p. 87.
26. Dujardin (B.) et Wiser. — La pyrétothérapie au cours de la syphilis. *Le Scalpel*, 28 juill. 1928, n° 30, p. 845.
27. Dujardin (B.) et Wiser. — Les intradermo-réactions positives au « luotest » dans la syphilis allergique précoce et tardive. *Bruxelles-Médical*, 17 août 1930, n° 42, p. 1133.
28. Fellner (M.). — (The effect of inoculation malaria serum on the course of the luetin reaction). *Dermatol. Zeistchr.*, 1930, t. LX, p. 41.
29. Fischer (O.) et Klausner (E.). — Ein Beitrag zur cutanreaktion der Syphilis. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1913, t. XXVI, n° 2, p. 49.

30. Gandy (D. T.). — Interpretation of dermoluetin reaction in syphilis experience with Kolmer organic extract. *Arch. Dermat. and Syphil.*, déc. 1931, t. XXIV, p. 937.
31. Gougerot (H.) et Peyre (Edouard). — Protéinopronostic de la syphilis, par intradermo-réaction de protéines non spécifiques. *Le Monde Médical*, 1er déc. 1927, n° 720, p. 969.
32. Gougerot (H.) et Peyre (Edouard). — Protéinothérapie de la syphilis. *Le Monde Médical*, 1 févr. 1928, n° 724, p. 65.
33. Hœltzer (R.). — (Nos premiers essais pour l'obtention de luétine). *Journ. de Microbiol.* (russe), 1926, t. III, nos 1-2, p. 35.
34. Hœltzer (R.). — (Observations sur les cultures du *Spirochæta pallida*). *Journ. Microbiol.* (russe), 1927, t. IV, fasc. 3, p. 235.
35. Jadassohn (J.). — Die Bedeutung der modernen Syphilisforschungen, besonders der Serumdiagnostik für die Klinik der Syphilis. *Korresp. bl. Schweiz. Aerzte*, 1909, t. XXXIX, n° 5, p. 145.
36. Joseph (A.). — Ueber diagnostiche Hautreaktionen mit Kulturspirochäten. *Klin. Wochenschr.*, 1929, t. VIII, n° 21, p. 981.
37. Kast (Clara C.) et Kolmer (John A.). — Concerning the cultivation of *Spirochæta pallida. Amer. Journ. Syph.*, 1929, t. XIII, p. 419.
38. Kolmer (John A.) et Greenbaum (Sigmund S.). — Cutaneous allergy in syphilis, with special reference to the luetin reaction and the necessity for controls in intracutaneous tests. *Journ. Amer. Med. Associat.*, 16 déc. 1922, t. LXXIX, n° 25 p. 2063.
39. Kolmer (John A.), Tuft (Louis) et Rule (Anna M.). — A study of luetin prepared of syphilitic rabbit testicular tissue. *Amer. Journ. Syph.*, avril 1930, t. XIV, n° 2, p. 241.
40. Meirowsky (E.). — Ueber die diagnostische und spezifische Bedeutung der v. Pirquetschen Hautreaktion. *Arch. f. dermatol.*, 1909, t. XCIV, p. 335.
41. Müller (R.) et Stein (R. O.). — Cutireaktion bei Lues. *Wien. med. Wochenschr.*, 1913, t. LXIII, n° 38, p. 2419 ; *ibid.*, n° 40, p. 2614 ; etc., voir Planner (51).
42. Neisser (A.). — Disk. Berl med. Ges., 4 märz 1908. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1908, t. XLV, n° 18, p. 897.
43. Noguchi (H.). — Cultivation of pathogenic Treponema pallidum. *Journ. Amer. Med. Associat.*, 8 juillet 1911, t. LVII, p. 102.
44. Noguchi (H.). — A method for the pure cultivation of pathogenic Treponema pallidum (Spirochæta pallida). *Journ. experim. Med.*, 1911, t. XIV, n° 2, p. 99.
45. Noguchi (H.). — A cutaneous reaction in syphilis. *Journ. experim. Med.*, 1911, t. XIV, p. 557.
46. Noguchi (H.). — Hautallergie bei Syphilis, ihre diagnostische und prognostische Bedeutung. *Münch. med. Wochensch.*, 1911, t. LVIII, p. 2372.
47. Noguchi (H.). — Laboratory Diagnosis of syphilis, Hœber, New-York, 1923.
48. Ohya (Zensetsu). — Etudes expérimentales de la culture pure du Spirochète *pallidum* (IV). Sur l'intradermo-réaction par le Spirochète *pallidum* cultural (souche de Kroo). *Acta dermatologica* (juill.-août 1932), t. XX, nos 1-2, p. 46.

49. PEREZ. — Luetin-reaktion. *Riv. de los lab. ibero-americ.*, juin 1924, p 949 (d'après *Ann. mal. vénér.*, déc. 1924, p. 905.
50. PLANNER (H.). — Ueber die Organluetinreaktion und ihr Anwendungsgebiet. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1929, t. XLII, nº 36.
51. PLANNER (Herbert v.). — Cutireraktionen. *Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh.*, Springer (Berlin), 1929, Bd XV, t. II, p. 468.
52. POCKELS (Walter). — Hautproben mit abgetöteten Spirochæta pallida Suspensionen. *Monatschr. f. Kinderh.*, 1927, t. XXXVI, H. 6, p. 501.
53. REITER (Hans). — Practische Verwertung der Reinkulturen von Spirochæta dentium und pallida. *Dermatol. Wochenschr.*, 14 août 1926, t. LXXXIII, nº 33, p. 1200.
54. REITER (Hans). — Spirochætenkulturen und ihre Anwendung. *Dermatol. Wochenschr.*, 28 sept. 1929, t. LXXXIX, nº 39, p. 1401.
55. SIMON (Clément). — Réactions à la luétine. *La Syphilis*, Flammarion (Paris), 1922, p. 179.
56. SIMON (Clément) et WICKHAM. — Contribution à l'étude des cuti-réactions à la tuberculine chez les syphilitiques. *Congrès de Strasbourg*, 1923.
57. SMITH (D. C.) et GILL (R. D.). — Non specificity of the luetin test. *Amer. Journ. Syph.*, 1925, t. IX, nº 2, p. 292.
58. STEIN (R. O.). — Cuti-reaction in syphilis and its significance in diagnosis and therapy. *The Urol. and Cutan. Review.*, janv. 1930, t. XXXIV, p. 65.
59. SULYAK (I.). — Luetin test in syphilis. *Orvosi hetil.*, 17 oct. 1931, t. LXXV, p. 1020.
60. TEDESCHI (E.). — Fenomni di allergia nei sifilitici, cutireazione sifilitica. *Gazz. Osp.*, 1908, t. XXIX, nº 59, p. 620.
61. THIRY (U.). — Sur l'importance de l'examen ultramicroscopique en cas d'accidents suspects de syphilis primaire. *Ann. Dermat. et Syphiligr.*, oct. 1932, t. III, nº 10, p. 926.
62. UHLENHUTH et MULZER, d'après MULZER (P.). — Experimentelle Syphilis. *Handb. Haut- und Geschlechtskrankh.*, Springer (Berlin), 1927, t XV, p. 322.
63. WICHMANN (Paul). — Erfahrungen mit einem neuen Syphilisdiagnostikum aus Pallidareinkultur. *Dermatol. Wochenschr.*, 1927, t. LXXXIV, p. 697.
64. WORMS (Werner). — Experimentelle Beitræge zur specifischen Immunodiagnostik der Syphilis (Kutireaktion und Komplementbindung). *Zeitschr. f. Immunit.*, I Orig., 1920, Bd. XXIX, p. 357.

ADDENDUM

1) En terminant ce travail, nous prenons connaissance d'une communication fort intéressante (*Planner* Herbert, Experiments in the vaccine treatment of syphilis, A contribution to the therapy of malignant lues, *The Urol. and Cutaneous Review*, mars 1931, t. XXXV, nº 3, p. 150), dans laquelle l'auteur signale que, seul ou en collaboration avec Müller, il a pu rassembler plusieurs nouveaux cas de syphilis secondaire ou tertiaire, graves et rebelles, où des injections intraveineuse ou intracutanées

de 0,2 à 0,5 cm^3 de luétine organique déterminèrent non seulement des réactions focales, ceci conformément à certaines observations déjà anciennes avec des luétines culturales, mais encore des améliorations évidentes. Le fait, rappelle-t-il, fut constaté aussi par Perutz (*Med. Klin.*, 1923, t. XIX, n° 12, p. 385) et par Rosner (*Dermatol. Wochenschr.*, 1928, t. LXXXVI, n° 22, p. 727). D'après Planner, vu l'exiguïté des doses administrées, il s'agit non pas d'une action protéique banale, mais d'une influence spécifique. Celle-ci stimulerait les forces défensives de l'organisme et rendrait ultérieurement plus efficace la chimiothérapie habituelle, laissant entrevoir ainsi que la vaccinothérapie antisyphilitique n'est peut-être pas un vain mot.

2) Ci-après, pour compléter la littérature, deux publications, qui nous parviennent au moment de mettre sous presse :

CIARROCHI (Luigi). — La cuti-réaction dans la syphilis. Valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique du Luotest de Brandt et Müller *Il Policlinico*, 1er nov. 1902, t. XXXIX, p. 553.

FELLNER (M.) — Zur Specificität der Luetin-reaktion. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1932, t. CLXVI, H. 2, p. 436.

LA FORME PSEUDO-BOTRYOMYCOSIQUE DES NÆVO-CARCINOMES

Par Marcel FERRAND et Sonia DOBKEVITCH
(Travail du Service et du Laboratoire du docteur P. Ravaut).

On a désigné de ce nom des formes de nævo-carcinomes qui, au début de leur évolution, se présentent sous l'aspect d'un bourgeon fongiforme assez analogue au botryomycome.

Nous en apportons quatre observations recueillies dans le service de notre maître M. le docteur P. Ravaut.

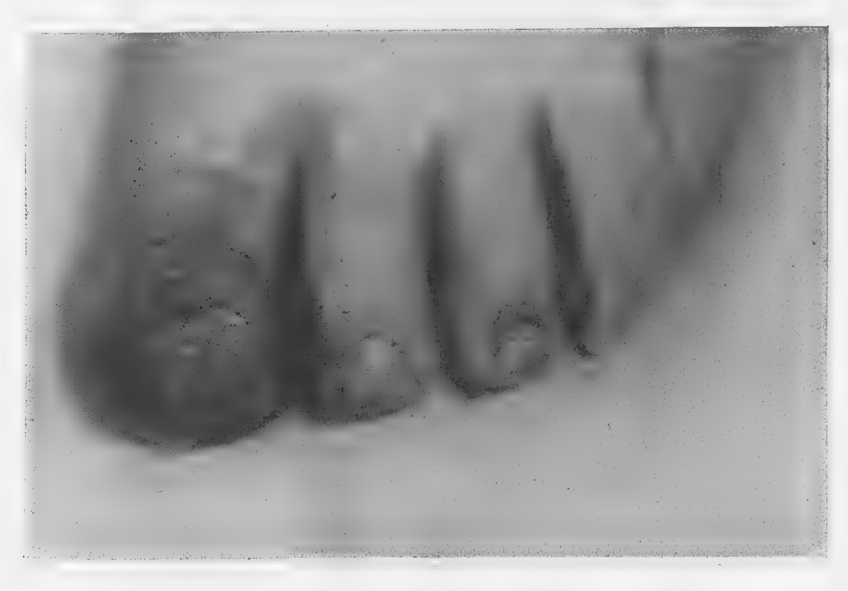


Fig. 1. — Obs. I (*Cliché Schaller*).

Observation I. — Mme L..., 72 ans (fig. 1 et 2).

La lésion débute en *janvier 1930* par une inflammation du sillon péri-unguéal du gros orteil gauche. La malade la considère comme un

« ongle incarné » et la traite par des applications iodées et des bains chauds. La petite plaie ne se cicatrise pas. Une tuméfaction sous-unguéale se développe progressivement et déforme l'extrémité de l'orteil.

A l'entrée dans le service, en *janvier 1931*, on note au gros orteil gauche, face externe, une tumeur de la dimension d'une pièce de deux francs arrondie, dure, ulcérée, bourgeonnante, rouge foncé, saignant facilement, faisant saillie sous l'ongle soulevé et en partie détruit. Elle est



Fig. 2. — Obs. I.

limitée à sa partie postérieure, par un bourrelet dermo-épidermique. Elle adhère aux plans sous-jacents. Elle ne paraît pas pigmentée. Les ganglions inguinaux sont perceptibles.

On pratique une première *biopsie* (fig. 2).

A l'une des extrémités de la coupe, on reconnaît l'épiderme soulevé par la tumeur et non envahi par elle. Plus loin il est détruit et la tumeur affleure la surface. Elle est constituée par des lobules de dimension variable, infiltrant le tissu conjonctif, et composés de cellules volumineuses, à cytoplasme net et bien limité, à noyaux exubérants, les uns riches en

chromatine, les autres clairs avec un ou deux nucléoles. Dans l'épaisseur des lobules, ces cellules sont accolées les unes aux autres sans interposition de tissu conjonctif. Dans les régions inférieures de la coupe, elles perdent leur aspect épithélial, deviennent peu à peu franchement fusiformes et se disposent en faisceaux dans lesquels on ne trouve plus de fibrilles conjonctives (coloration de Van Gieson).

La recherche des pigments est négative, même après argentation suivant la méthode de Masson.

25 février 1931. — Destruction de la tumeur par électro-coagulation (M. Ravaut).

15 mars. — Ablation de la phalangette qui fait saillie dans la plaie.

9 avril. — La plaie est presque complètement cicatrisée. Dans la région inguinale droite, on perçoit un ganglion de la dimension d'une noisette. Un traitement par les rayons X pénétrants est aussitôt commencé (Dr Belot).

14 avril. — On constate, à la face externe du gros orteil, l'existence d'un petit nodule sous-cutané de la dimension d'une pièce de 50 centimes adhérent à la peau, jaunâtre et violacé. Electro-coagulation de ce nodule, après biopsie. Celle-ci montre une tumeur sous-cutanée, non pigmentée, ressemblant à la tumeur primitive.

12 mai. — Il y a eu jusqu'ici 4 séances de rayons X pénétrants. Le ganglion inguinal n'a pas augmenté. Les deux plaies opératoires confluentes paraissent en bonne voie de cicatrisation. On ne voit pas de nouvelles récidives. La malade quitte le service.

1er juillet. — Nodules sous-cutanés de la dimension d'un pois ou d'une noisette, jaunâtres ou bleutés, sur tout le moignon du gros orteil. Le ganglion inguinal a atteint la grosseur d'un œuf de poule.

Nous n'avons plus revu la malade. Nous avons appris ultérieurement son décès, survenu en *septembre 1931*.

Observation II. — M. B..., 41 ans, cultivateur (fig. 3).

Pendant l'*hiver de 1929-1930*, il se blesse, dit-il, avec une graine de navet qui pénètre dans son soulier et s'incruste à la face plantaire du gros orteil droit. Le soir même, il enlève ce corps étranger et applique de la teinture d'iode sur la plaie. Celle-ci ne se cicatrise pas, s'agrandit et s'infecte. Pendant quelques mois et malgré le traitement suivi, nitrate d'argent, eau oxygénée, etc..., elle reste stationnaire, de la dimension d'une pièce de 1 franc. En *novembre 1930*, l'ulcération commence à bourgeonner. Le sujet ne se rappelle pas avoir remarqué la présence d'un nævus ou d'une tache pigmentée sur la surface qui a été traumatisée.

En *février 1931*, le malade est examiné dans le service du docteur Bazy. La tumeur a l'aspect qu'elle présente sur la figure 3, faite en mars 1931. C'est un champignon végétant et ulcéré de couleur bigarrée, rouge vif et brun sombre, de la dimension d'une pièce de 1 franc, coiffant la face plantaire de l'orteil droit. Les ganglions de l'aine droite paraissent augmentés de volume.

Une *biopsie* est pratiquée en pleine ulcération. A l'examen histologique, on trouve des nids cellulaires séparés par des cloisons conjonctives. Quelques-uns d'entre eux sont composés de cellules d'aspect épithélial, grandes, arrondies, bien limitées, à gros noyaux. Ailleurs, les cellules sont vacuolaires, étoilées. Quelques-unes, associées, forment de grandes plasmodes à noyaux plus ou moins déformés ou même monstrueux. En d'autres points enfin, elles sont franchement fusiformes et se groupent en faisceaux. En dehors de ces amas, et dans l'épaisseur du tissu fibreux



Fig. 3. — Obs. II (*Cliché Schaller*).

qui les sépare sans les pénétrer, on trouve des cellules tumorales isolées, égrenées dans le tissu conjonctif dont il est difficile de les distinguer.

Malgré l'absence de pigment, même après argentation, le diagnostic de nævo-carcinome s'impose.

Le *10 mars*, le malade est transféré dans le service du docteur Ravaut qui pratique l'électro-coagulation de la tumeur. Celle-ci est encerclée et détruite après prélèvement de 4 nouveaux fragments dont l'examen confirme celui de la première biopsie.

Le *14 avril*, l'escharre commence à se détacher. Les ganglions inguinaux paraissent diminuer.

Le malade sort au bout de trois mois, au cours desquels le docteur Belot a fait 6 applications de rayons X profonds. Entre temps, on a enlevé la phalange dénudée.

Le *2 août*, la cicatrice est normale, les ganglions inguinaux ne sont plus perceptibles. Le malade a repris ses occupations.

En *décembre 1931*, on note un point noir sous la couche cornée qui recouvre la partie inférieure de la cicatrice. M. Ravaut en pratique l'électro-coagulation.

En *novembre 1932*, le malade est toujours bien portant. Les ganglions semblent normaux.

Observation III. — M. T..., 67 ans (fig. 4 et 5).

Ce sujet nous raconte qu'en *fin d'année 1929*, se développe, aux dépens d'un petit nævus cellulaire de la tempe droite, un nodule qui s'ulcère et qui guérit en *juillet 1930*, après grattage et radiothérapie.

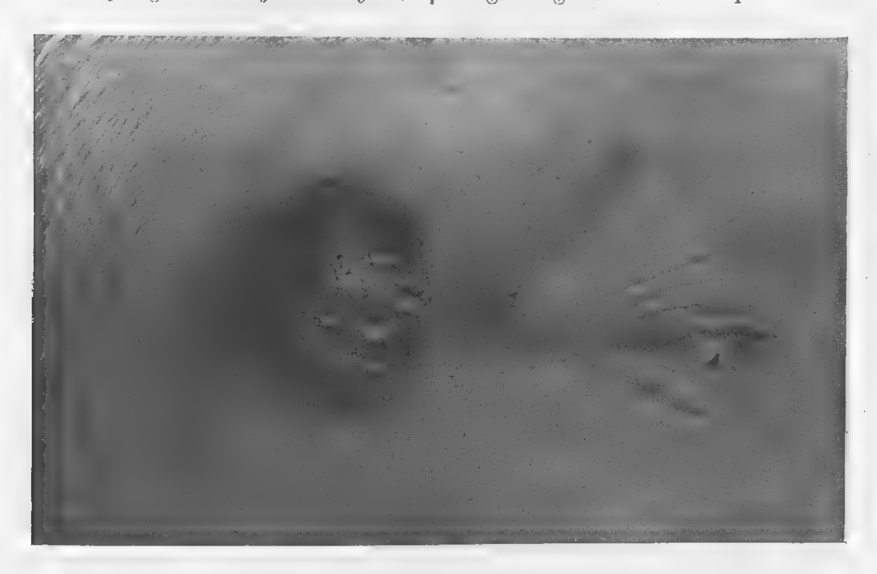


Fig. 4. — Obs. III (*Cliché Schaller*).

Lors de notre examen, en *juin 1931*, il existe à 2 centimètres de la cicatrice opératoire, une tumeur ulcérée, pseudo-botryomycosique, non pigmentée, de la dimension d'une pièce de 2 francs. Elle est dure et repose sur une base « infiltrée ». Elle est limitée par une collerette épidermique qu'on aperçoit bien sur la figure 4. A son voisinage, le long de l'arcade sourcilière, on note, de plus, deux nodules sous-cutanés de la grosseur d'une noisette La tumeur actuelle est apparue en septembre 1930, deux mois après la guérison apparente de la première ; les nodules datent de décembre 1930.

17 juin 1931. — Electro-coagulation (M. Ravaut), après biopsie.

Examen histologique. — L'épiderme est soulevé par une tumeur

constituée par des cellules disposées en thèques. Ces cellules (fig. 5), sont volumineuses, globuleuses, déhiscentes et comme flottantes à l'intérieur des thèques ; leur cytoplasme est bien limité ; leur gros noyau est arrondi, clair, avec un ou deux nucléoles ; certaines d'entre elles sont franchement monstrueuses. Diagnostic : *nævo-carcinome*, malgré l'absence de pigment, même après argentation.

21 juillet. — On revoit le malade qui a quitté le service. La plaie, en

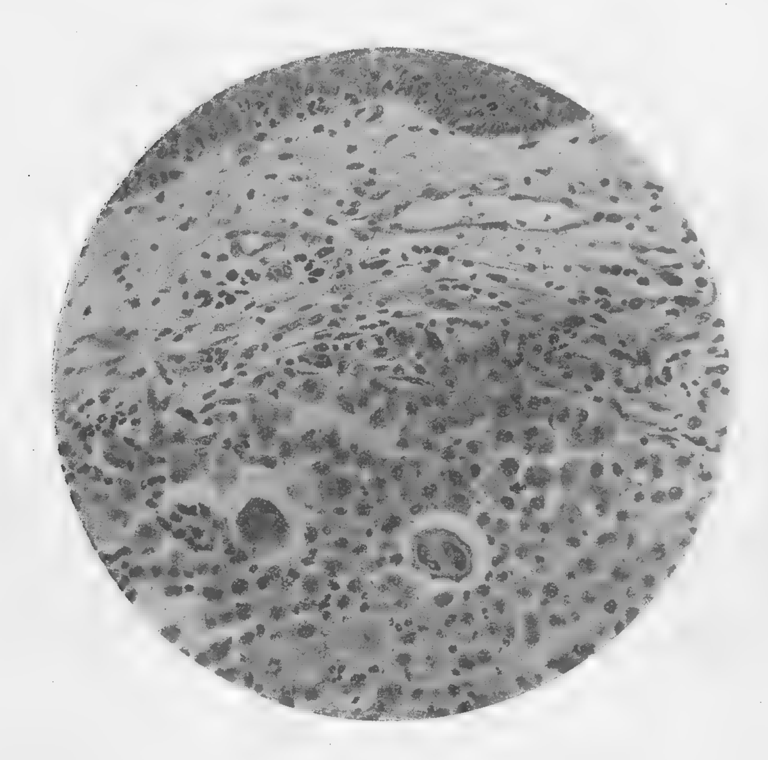


Fig. 5. — Obs. III.

très bon état, sans pigment, est en voie de cicatrisation. Mais, à 3 ou 4 centimètres en arrière et en bas, on découvre un nodule dur, du volume d'un gros pois, mal limité, adhérent aux plans profonds.

4 août. — Electro-coagulation (M. Ferrand). Le malade quitte de nouveau le service fin août. La plaie est nette, sans pigment, presque cicatrisée.

23 décembre. — Le malade, qui n'a pas été revu depuis 4 mois, présente une nouvelle tumeur de 4 centimètres sur 3, siégeant en arrière et au-dessous des cicatrices laissées par les électro-coagulations antérieures.

Les ganglions pré-auriculaires, sous-maxillaires, cervicaux, sus-claviculaires sont normaux.

29 décembre. — *Biopsie* (avant coagulation), d'un des éléments récents. L'examen histologique des coupes est comparable aux précédents. Electro-coagulation (M. Ravaut) de toute la partie saillante de la tumeur, puis curettage et enfin électro-coagulation de la base. La tumeur, de consistance très dure, laisse s'écouler un liquide séreux. La destruction va jusqu'au périoste.

Depuis, on est sans nouvelles du malade.

Observation IV. — M. B..., 60 ans, caviste (fig. 6).

En *juillet 1932*, piqûre de clou à la face inférieure du talon droit La

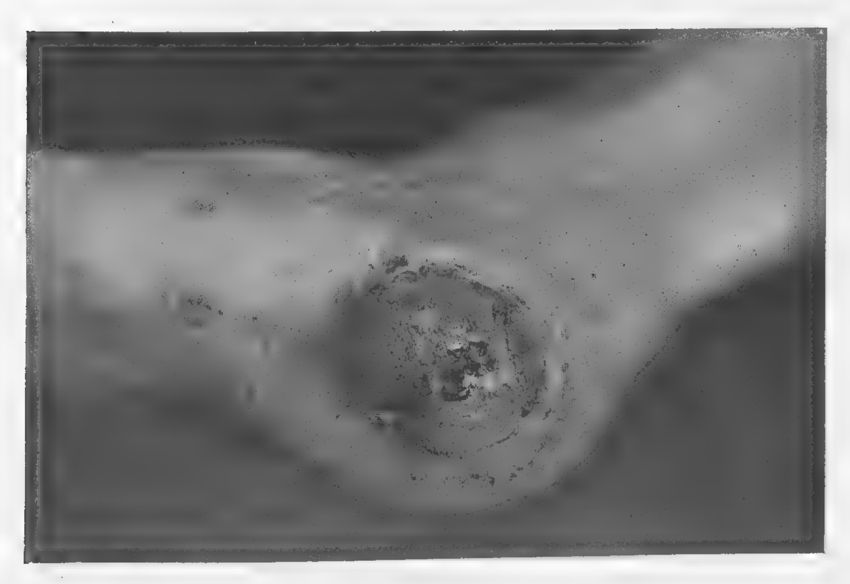


Fig. 6. — Obs. IV (*Cliché Schaller*).

plaie ne se cicatrise pas et, peu à peu, apparaît un large bourgeon végétant, ulcéré, non pigmenté, bordé par une étroite collerette épidermique (fig. 6). On hésite entre le diagnostic de botryomycome et celui de nævo-carcinome.

En *novembre 1932*, électro-coagulation de la tumeur après biopsie (M. Ravaut).

A l'examen histologique du fragment, on constate l'existence d'une tumeur qui soulève et ulcère l'épiderme, avec lequel elle ne présente pas de continuité. Elle est constituée par des cellules épithéliales à gros noyaux clairs, accolées les unes aux autres sans interposition de tissu

conjonctif. Dans la tumeur même, il n'y pas de pigment. Mais dans la mince couche de tissu conjonctif qui la sépare de l'épiderme, l'argentation révèle la présence d'amas pigmentaires extra ou intra-cellulaires (cellules tatouées).

Le *19 novembre*, M. Moure pratiqua au bistouri électrique l'ablation des ganglions de l'aine droite qui sont augmentés de volume.

Examen histologique : pas de cellules nævo-carcinomateuses.

Mai 1933, pas de récidive locale, pas d'adénopathie inguinale.

Considérée dans son ensemble, et en quelque sorte rétrospectivement, avec l'appoint des renseignements recueillis au cours de leur évolution, des multiples examens histologiques dont ils ont été l'objet, l'histoire de ces nævo-carcinomes n'offre qu'un intérêt limité.

Par contre, elle montre l'extrême difficulté du diagnostic clinique des formes de début, dites *pseudo-botryomycosiques*, de ces tumeurs.

Si dans l'une de ces observations, malgré l'apparence botryomycosique de la plaie bourgeonnante, le diagnostic était éclairé dans une certaine mesure par la notion du nævus antérieur, point de départ de la tumeur précédemment opérée dont nous avions sous les yeux la cicatrice, dans les trois autres, il n'a pu être affirmé que par la biopsie.

Dans ces trois cas, en effet (obs. I, II, IV, la tumeur qui s'était développée lentement *à la suite d'une plaie* insignifiante, à cicatrisation retardée —, se présentait sous la forme d'une *saillie mamelonnée, dépourvue d'épiderme, végétante, saignotante, gris rosé ou rouge sombre* ; elle paraissait faire hernie à travers les téguments ; elle était *enchâssée dans une sorte de collet ou de collerette épidermique*.

Tout cet ensemble symptomatique conduisait naturellement au diagnostic de *botryomycome* et, en conséquence, à un traitement insuffisant et dangereux.

Ces difficultés de diagnostic se retrouvent dans nombre des observations publiées. Souvent, à cette période de son développement, aucun signe n'annonce la malignité dont, plus tard, la tumeur fera preuve. On la décrit, par exemple, non comme une saillie végétante, dure, résistante au doigt et reposant sur une base indurée, mais comme un « bourgeon charnu », comme un « tissu de granulation » exubérant et fongueux dont l'évolution lente, peu ou pas

douloureuse, se poursuit sans changement notable pendant des mois et même des années.

De même, la *pigmentation*, caractère si fréquent, presque habituel des nævo-carcinomes, est ici irrégulièrement observée. Hutchinson (1886) signale la répartition inégale ou l'absence de la pigmentation dans les formes végétantes. Il remarque qu'elle peut être réduite à un simple liseré circonscrivant la région enflammée et qu'il est souvent nécessaire de voir « avec les yeux de la foi ». Quand la tumeur a pris des dimensions importantes, ajoute-t-il, elle n'apparaît pas pigmentée. Dans les cas relatés par Hertzler (1922), Jones (1924), Specht (1927), Chauvenet et Dubreuilh (1927), Ramel (1929), on note également l'inconstance de la pigmentation. Parfois, les observations mentionnent la présence de petits amas pigmentés à quelque distance de la saillie pseudo-botryomycosique, ou sur son pédicule, et leur découverte éclaire aussitôt le diagnostic. Parfois au contraire, rien dans l'aspect du « tissu de granulation », ne rappelle la coloration noire, ardoisée ou bleuâtre, la teinte brun sombre ou sépia qui donnent souvent aux nævo-carcinomes une physionomie aisément reconnaissable. Dans nos quatre cas, la pigmentation n'était nullement apparente. Dans trois d'entre eux, elle manquait même histologiquement, et dans le quatrième, où l'examen des coupes permit de déceler de minimes amas pigmentaires à la périphérie de la tumeur, on ne l'avait pas reconnue cliniquement.

Enfin, le *diagnostic histologique* de ces formes de début (le prélèvement étant toujours suivi par prudence d'une électro-coagulation complète de la tumeur) est parfois, lui-même d'interprétation délicate. Si l'examen ne porte que sur des points limités, on aura quelque peine à identifier ces cellules fusiformes, disposées en faisceaux ou égrenées dans le tissu conjonctif, dont nous avons fait mention plus haut. Leur nature ne s'éclairera (Darier) que par la découverte de formes de transition les reliant à d'autres cellules, de type nettement épithélial, à noyaux volumineux, à gros nucléoles, ségrégées ou disposées en thèques ou en alvéoles, qui sont, elles, faciles à classer et permettent le diagnostic de nævo-carcinome, même en l'absence de pigmentation.

Nous terminerons ces quelques remarques en insistant sur le rôle du *traumatisme* dans le développement de ces tumeurs. Dans deux

de nos observations (obs. II et IV), les malades étaient formels : traumatisme, plaie, saillie tumorale, étaient étroitement liés. Dans l'observation I, le nævo-carcinome siégeait à la rainure péri-unguéale, région soumise à des irritations, à de minimes blessures répétées, et qui, on le sait, est une localisation fréquente des mélanomes (Hutchinson, Hertzler, Jones, Specht, Chauvenet et Dubreuilh. En 1927, Womak a relevé dans la littérature, 25 cas de mélanomes péri-unguéaux et dans 10 observations il en a noté l'origine traumatique. Comment agit le traumatisme? Apporte-t-il l'incitation pathologique à des cellules næviques incluses dans le derme, à un minuscule nævus cellulaire ou pigmentaire ignoré du sujet? Bouleverse-t-il, par un processus dont nous ne savons rien, l'évolution de cellules épidermiques appartenant jusque-là à une lignée normale? On ne peut actuellement formuler à ce sujet que des hypothèses.

Nous avons voulu seulement attirer l'attention sur des faits qu'on interprétera d'autant mieux qu'on connaîtra les difficultés et les erreurs que leur observation sommaire ou incomplète peut entraîner.

Le mot de nævo-carcinome éveille, pour le plus grand nombre, l'idée d'une tumeur presque toujours pigmentaire, se développant aux dépens d'un nævus préexistant.

Il faut savoir ne pas écarter ce diagnostic en présence d'une tumeur ayant l'aspect d'un botryomycome, non pigmentée, apparue à l'occasion d'un traumatisme, en un point du tégument ne paraissant renfermer jusque-là aucune formation nævique.

Ces cas sont rares mais non exceptionnels. Sur les 34 nævo-carcinomes étudiés en 1924 par P. Ravaut et M. Ferrand, nous trouvons mentionnée une forme pseudo-botryomycosique de la plante du pied (1). Parmi les 60 cas nouveaux, traités depuis cette époque dans le service de M. Ravaut, nous avons pu réunir les 4 observations qui font l'objet de ce mémoire.

(1) Ce sujet avait été opéré en 1923 pour une lésion considérée cliniquement comme un botryomycome et reconnue seulement à l'examen histologique pour un nævo-carcinome. Après des récidives multiples au voisinage de la cicatrice, la généralisation de la tumeur et la mort sont survenues en 1927.

BIBLIOGRAPHIE

HUTCHINSON. — Melanosis often not black. Melanotic whitlow. *Brit. med. Journ.*, 1886, p. 491 et *Ann. of Surgery*, 1886, p. 470.
J. DARIER. — Des nævo-carcinomes. *Bull. du cancer*, 21 nov. 1913.
HERTZLER. — Melanoma of the nail-bed (rev. gen.). *Arch. of Dermat. and Syph.*, 1922, vol. VI, p. 701.
JONES. — Melanoma of the nail-bed. *Ann. of Surg.*, 1924, t. LXXX, p. 839.
BR. BLOCH. — *IXe Congrès Suisse de Dermat. et Syph.*, Zurich, 1925.
CHAUVENET et DUBREUILH. — Mélanome péri-onyxique. *Bull. de chir.*, 1927, p. 143.
SPECHT. — Uber das primäre subungueale malingne melanoblastoma. *Deutsch. Ztchr. für chir.*, 1927, CCII, p. 390.
WOMAK. — Subungueal melanoma. *Arch. of Surg.*, 1927, vol. XV, p. 667.
RAMEL. — Mélanome pédiculé à tendance achromique. *Bull. de Dermat. et Syphil*, 1929, p. 161, et *Réunion dermat. de Lyon*, 27 janvier 1929, *in Bull. de la Soc. de Dermat.*. 1929, p. 161.
ADAIR, PACK et NICHOLSON. — Mélanomes sous-unguéaux. Diagnostic différentiel. *Bull. du Cancer*, 1930, p. 549.

KÉRATOSE SYMÉTRIQUE ET POLYARTHRITE SOI-DISANT BLENNORRAGIQUE (SYNDROME DE VIDAL) HORS DE TOUTE GONOCOCCIE

Par J. GADRAT
(Travail de la Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de Toulouse (Professeur Ch. Audry).

Le premier cas du syndrome de Vidal(ou de Vidal-Jacquet comme semble le réclamer M. Trémolières : *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mai 1919, p. 145) a été publié en 1893 (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1893, p. 3). Depuis cette date, on désigne ainsi *l'association d'arthropathies multiples avec une kératose régionale*, *symétrique* prédominant sur les mains et les pieds, et le tout est mis sur le compte *de la blennorragie.*

Nous ne considérons ici que les kératodermies répondant à cette définition ; il n'est pas question ici des multiples kératoses disséminées qui peuvent se réaliser en dehors de toute manifestation articulaire.

Si l'on songe à l'extrême banalité de l'infection gonococcique, ce syndrome n'est pas fréquent. Cependant, le travail d'un élève de M. Udo Wile, Harther Keim (*Archives of Dermatology and Syphilology*, 1924, vol. IX, p. 423) réunissait déjà en 1924 soixante indications bibliographiques qui, du reste, ne comportaient pas toutes des observations inédites. Nous pensons qu'une thèse actuellement en cours rassemblera une bonne centaine de cas.

On ne peut donc plus considérer comme une rareté l'observation que voici, d'autant plus qu'elle répond exactement aux descriptions antérieures. Elle va cependant nous permettre d'apporter une correction à l'opinion qui rattache habituellement cette kératose à la gonococcie.

R. L..., 24 ans, cultivatrice, est adressée à la Clinique (M. le Prof. Ch. Audry) par le Dr Giacardy, de Tarbes, avec le diagnostic de « syndrome s'apparentant à la kératodermie blennorragique ».

Aucun fait important dans ses antécédents : la mère est bien portante, le père a été tué pendant la guerre ; un frère en bonne santé a été réformé pour faiblesse générale de constitution. La malade elle-même n'a jamais été très robuste ; elle est réglée depuis l'âge de 14 ans ; ses règles sont peu abondantes, irrégulières et durent à peine deux jours ; elle est leucorrhéique depuis quelques années. A 21 ans, elle a été atteinte de congestion pulmonaire aiguë, fébrile.

Maladie actuelle. — L'affection débute en avril 1932 par des phénomènes exclusivement articulaires : l'articulation tibio-tarsienne gauche, les articulations phalangiennes du IVe orteil gauche deviennent douloureuses, rouges et tuméfiées ; le tout est accompagné d'un léger état fébrile. Plus tard les mêmes symptômes se localisent dans le tarse droit.

Vers le 15 mai, commencent les premières manifestations cutanées : 5 ou 6 vésico-pustules apparaissent sur le IVe orteil gauche. Vers la même époque, les deux genoux, la hanche gauche, les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes de l'annulaire et de l'auriculaire gauches, deviennent successivement augmentées et douloureuses.

En juin, les vésico-pustules s'accroissent sur les orteils, elles se dessèchent et donnent lieu à des formations cornées qui se détachent spontanément puis se reproduisent aussitôt. En juillet, le processus kératosique atteint les mains : en somme, depuis le début, phénomènes articulaires et cutanés se suivent aux mêmes intervalles en leurs diverses localisations.

A la mi-septembre, la malade est admise à l'Hôpital de Tarbes : à ce moment, les arthropathies commencent à s'améliorer, mais les symptômes cutanés prennent une extension croissante de jour en jour : de véritables semelles cornées se développent au niveau des plantes et remontent peu à peu le long des jambes.

Pendant toute l'évolution de la maladie, d'avril à novembre, il est à noter que la malade a toujours été plus ou moins fébrile. Elle a considérablement maigri. Les symptômes leucorrhéiques ont persisté, sans exacerbation ; aucun trouble urinaire ne s'est révélé.

La malade est admise à la clinique le 29 novembre 1932.

Examen à l'entrée. — L'état général est précaire. La malade, très amaigrie, pèse à peine 40 kilogrammes ; elle marche avec beaucoup de difficultés en raison de ses arthropathies. Elle n'a pas de fièvre.

En la découvrant, on est de suite frappé, d'abord par l'existence de gaines cornées développées sur les mains, les pieds et les jambes, ensuite par l'attitude particulière de certains doigts et des genoux immobilisés dans une attitude dictée par la douleur articulaire.

1° *Les lésions de kératose* siègent sur les segments les plus périphériques des membres supérieurs et inférieurs.

Membres supérieurs : Au niveau des mains, d'épaisses gaines cornées de couleur jaunâtre gantent jusqu'à la matrice unguéale l'annulaire et l'auriculaire gauches en demi-flexion sur la paume. La face dorsale des autres doigts porte de-ci de-là quelques élevures coniques, dures, hautes de un demi-centimètre en moyenne, larges de quelques millimètres à un centimètre à leur base. Certaines de ces formations se



Fig. 1.

détachent aisément, en bloc, d'un coup d'ongle qui découvre une surface cutanée saillante d'aspect papillomateux, légèrement humide.

Sur la face dorsale des mains on relève trois ou quatre kératomes plus volumineux que ceux des doigts ; il n'en existe pas sur les paumes.

Les ongles ne présentent en propre aucune lésion ; celui du pouce droit est soulevé sur son bord externe par une néoproduction hyperkératosique épaisse de plusieurs millimètres.

Les avant-bras sont indemnes. Il existe deux ou trois grains cornés sur la face d'extension des deux coudes.

Membres inférieurs : On retrouve les mêmes éléments sur la face antérieure des genoux ; moins saillants que sur les mains, ils sont ici plus confluents et forment un placard important au niveau de la



Fig. 2.

tubérosité antérieure du tibia droit. Les deux jambes sont parsemées de nombreux éléments isolés en « clous de tapissier ».

Les pieds sont enveloppés d'une gaine hyperkératosique continue s'étendant sur la face dorsale jusqu'au niveau des malléoles, sur la face plantaire jusqu'à 2 centimètres en arrière de la racine des orteils. Ces derniers sont engainés en totalité et leur enveloppe kératosique se

prolonge sans solution de continuité avec la nappe qui recouvre tout l'avant-pied. De surface irrégulière, plus ou moins craquelée, fendillée, de couleur jaune sale, la néoformation cornée rigide forme au niveau de la plante une semelle épaisse de 1 centimètre. En arrière de cette gaine continue on relève sur les plantes plusieurs kératomes saillants, disséminés.

Les ongles ont tous été éliminés ; en leur place on trouve des amas cornés irréguliers plus ou moins épais, raboteux, qui se détachent en mettant à nu un lit d'aspect verruqueux et friable.

Le reste du tégument est indemne.

Léger état séborrhéique du cuir chevelu.

Rien sur les muqueuses.

2° *Les manifestations articulaires* concomitantes affectent les mêmes localisations que les lésions kératosiques.

Au niveau des membres supérieurs, les deux derniers doigts de la main gauche, douloureux spontanément, sont immobilisés en flexion ; les étuis de corne qui les enveloppent empêchent d'apprécier l'état des diverses articulations phalangiennes ; il est impossible de réduire leur attitude vicieuse et toute tentative de mobilisation passive est très douloureuse.

La radiographie montre une décalcification intense des épiphyses phalangiennes au point qu'on distingue très mal les interlignes articulaires. Le canal médullaire phalangien est partout diminué, presque filiforme ; ses limites sont irrégulières.

Les deux genoux sont augmentés de volume ; leur tuméfaction est rendue plus apparente par la fonte musculaire sus et sous-jacente. Le choc rotulien est perceptible des deux côtés. Les saillies osseuses épiphysaires sont douloureuses à la pression. La mobilisation active et passive de l'article est très réduite. A la radiographie : décalcification diffuse des deux épiphyses, plus marquée sur les condyles internes.

Les articulations tibio-tarsiennes sont légèrement tuméfiées des deux côtés ; elles ne sont plus douloureuses et ont repris une mobilité normale.

3° *L'association de symptômes articulaires et kératodermiques conduit à rechercher d'emblée une infection gonococcique.* Les antécédents sont nuls : la malade nie tout rapport sexuel. L'examen confirme ses dires : l'hymen est intact, la vulve ne présente pas la moindre inflammation. Il n'existe aucun trouble urinaire ; le massage de la paroi vaginale antérieure ne ramène aucun écoulement au méat. La recherche du gonocoque dans les sécrétions vaginales est négative à plusieurs reprises. Les urines prélevées par sondage sont claires et ne renferment ni sang, ni pus, ni microbes.

4° *L'examen clinique viscéral ne relève aucune particularité.* Tube digestif, poumons, cœur normaux. Tension artérielle basse : 10/6.

La radiographie pulmonaire montre un sommet gauche légèrement gris et un hémidiaphragme droit un peu festonné.

Au point de vue neurologique, les diverses sensibilités sont normales. On note une exagération des réflexes tendineux qui, en raison de l'*amyotrophie généralisée*, mérite d'être relevée. L'examen électrique des muscles atrophiés ne montre pas de D. R.

Examen des urines :

Albumine	traces
Glucose	traces
Acétone	néant
Chlorures	8 gr. 15 par litre
Phosphates	1 gr. 35 »
Urée	13 gr. 15 »
Ammoniaque	0 gr. 47 »
Rapport de Maillard..	6,1

Urée sanguine : 0 gr. 20. Glycémie : 0 gr. 85. Cholestérinémie : 1 gr. 18.

Intradermo-réaction à la tuberculine : négative.

Réactions de Wassermann et de Kahn : négatives.

Gono-réaction négative (cet examen répété à plusieurs jours d'intervalle s'est révélé par trois fois négatif).

Examen hématologique :

Globules rouges..............	4.712.000
Globules blancs	10.850

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.....	70
Polynucléaires éosinophiles	3
Grands mononucléaires.........	7
Moyens mononucléaires........	13
Lymphocytes	7

Liquide céphalo-rachidien normal : réaction de Wassermann négative. Gono-réaction négative.

L'inoculation du sang au cobaye est jusqu'à présent demeurée sans résultat.

Métabolisme basal : 32,8. Normale pour le sexe et l'âge correspondants : 37, soit une diminution de 11 p. 100.

Réflexe oculo-cardiaque normal. Épreuve à l'adrénaline de Gœtsch normale.

Biopsie : examen histologique d'un kératome du dos de la main :

Épiderme : hypertrophie des couches malpighiennes ; l'épiderme pousse des digitations papillomateuses irrégulières. La couche granuleuse est augmentée par endroits et en particulier dans l'intervalle des digitations. La couche cornée est très épaissie ; quelques noyaux y sont encore colorables.

Derme : les papilles dermiques sont allongées, élargies et œdémateuses, infiltrées de quelques cellules rondes. Légère réaction inflammatoire de la partie superficielle du derme envahi par de nombreux lymphocytes et quelques polynucléaires ; dilatation peu marquée des capillaires superficiels ; diminution légère du réseau élastique ; pas de germes ; pas de gonocoques.

Examen des squames :

Au point de vue chimique, le taux de cholestérine dans les squames atteint 3 gr. 21 o/oo (M. le Prof. Valdiguié).

Au point de vue histologique, l'examen montre qu'il s'agit bien de squames et non de croûtes.

La partie profonde est formée de cellules aplaties imbriquées, mais nucléés, et donnant les réactions colorantes de la kératohyaline. Plus superficiellement, les cellules perdent leurs noyaux et prennent de plus en plus les affinités tinctoriales de la corne. Pas de germes. Petits amas lymphocytaires entre les couches cornées ; pas de pustules, ni de spongiose.

Évolution. — La malade est aussitôt soumise à des bains prolongés dans lesquels elle abandonne tous les jours une quantité appréciable de lamelles cornées. Les gaines de l'annulaire et de l'auriculaire gauches sont extirpées avec précaution après incision longitudinale : les articulations interphalangiennes qu'elles recouvraient sont tuméfiées et rouges. La flexion des phalanges est progressivement réduite sur une planchette.

Les gaines digitales ne se reforment pas. Par contre, sur les membres inférieurs on assiste pendant une dizaine de jours à l'apparition d'éléments nouveaux d'abord vésiculeux, puis hyperkératosiques, disposés en groupes dont les limites sont vaguement circinées.

Après décapage, les jambes, les mains et les pieds sont badigeonnés au bleu de méthylène à 1 o/o et recouverts d'une pommade boriquée et soufrée.

Au bout de 15 jours : amélioration nette ; la malade commence à marcher. Attouchements à la teinture d'iode des surfaces végétantes débarrassées de leurs cônes cornés; les traces de glycosurie et d'albuminurie ont disparu.

Le 22 décembre : poussée arthropathique au niveau des deux genoux ; l'état général est cependant bien meilleur. Poids : 43 kilogrammes. Hyperidrose des mains et des pieds maintenant décapés en totalité. Au début de janvier 1933, quelques éléments vésiculo-croûteux apparaissent entre les orteils ; les ongles repoussent ; leur bord antérieur est toujours raboteux et friable. Thermo-cautérisation des surfaces cutanées dépouillées, puis pansements à l'emplâtre rouge de Vidal. Les arthropathies ont régressé.

Le 7 janvier : poids 45 kilogrammes. La malade contracte la grippe qui sévit dans tout l'Hôpital : elle en fait les frais admirablement. Le

21 janvier, les formations cornées ont disparu et ne se reproduisent plus ; les phénomènes articulaires sont éteints. La malade marche toute la journée ; elle est douée d'un excellent appétit et engraisse à vue d'œil.
Elle quitte le service le 29 janvier 1933.

Cette observation est tellement conforme aux précédentes qu'il n'y a pas lieu d'y découvrir des particularités. Signalons seulement que l'histologie des squames permet de la rattacher aux cas où le processus est surtout hyper et parakératosique beaucoup mieux qu'aux variétés exsudatives sur lesquelles M. Dubois a particulièrement insisté (*Acta Dermato-venereologica*, 1924, fasc. 1).

Le point capital ici est l'absence totale de toute gonococcie : L'anamnèse est négative ; négatifs l'examen génital (hymen intact), l'examen des urines ; négative la séro-réaction blennorragique répétée et contrôlée aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien (On sait que la gono-réaction est positive dans le sang de *toutes* les arthrites gonococciques).

Or, ce n'est pas la première fois que le syndrome de Vidal-Jacquet est détaché de la blennorragie. Quelques recherches bibliographiques nous ont montré que :

1° Dans un bon nombre de cas, il s'agit de blennorragie ancienne, remontant à plusieurs années et éteinte cliniquement au moment de l'apparition des lésions cutanées.

2° Beaucoup plus rarement, mais de manière indiscutable, le syndrome de Vidal peut être réalisé en dehors de toute infection gonococcique.

En somme, à côté du syndrome de Vidal blennorragique il y a lieu d'envisager :

1° le syndrome de Vidal post-blennorragique ;
2° le syndrome de Vidal non blennorragique.

1° Syndrome de Vidal post-blennorragique.

Il nous retiendra peu car bon nombre d'auteurs (Launois, Bearmann, Standberg et Hedenius, Buschke, Lojander, Nielsen, Haslung, Rost, Berson et Matuskow) ont déjà signalé plusieurs fois l'absence de preuve bactériologique à la période d'état de l'affection. Genner et Boas ont fait en 1930 une petite revue des cas de ce

genre (*The Urologic and Cutaneous review*, vol. XXXIV, juin 1930).

Il s'agit de malades (hommes pour la plupart) présentant dans leurs antécédents une ou plusieurs blennorragies. Lorsque se constitue le syndrome arthro-kératosique on découvre seulement des signes d'urétrite chronique, de cystite, de prostatite chronique.

L'examen bactériologique montre la présence :

soit de colibacilles (Launois) ;

soit de bâtonnets à type diphtérique (Bearmann) ;

soit de staphylocoques (Buschke) ;

soit de cocci Gram négatifs indéterminés (Genner et Boas).

Il est difficile dans tous ces cas d'invoquer une étiologie bien précise. Tout au plus peut-on souligner la coexistence des symptômes décrits par Vidal avec des manifestations urinaires sans être certain des rapports qui peuvent les unir.

2° Syndrome de Vidal non blennorragique.

Beaucoup plus intéressants sont les cas où il n'existe aucune infection gonococcique ; ils sont beaucoup plus rares et paraissent avoir passé inaperçus.

L'analyse des observations nous a permis de retenir cinq cas tout à fait probants. *En voici les résumés* : Il nous a été impossible de nous procurer l'observation dernière de Buschke (1928) rapportée par Genner et Boas (*Loco citato*). Voici les quatre autres.

Observation I. — Rost, *Dermatologische Zeitschrift*, 1911 (supplément), p. 233 (Cas II) résumée).

Homme de 24 ans ayant présenté à deux reprises (1904-1905) des poussées rhumatismales. Jamais de blennorragie.

Hospitalisé en septembre 1906 pour phénomènes articulaires avec ankylose joints à une éruption pustuleuse devenue rapidement hyperkératosique. Les éléments isolés au début sont représentés par des efflorescences de la grosseur d'un grain de millet, saillantes, de couleur jaune, à surface squameuse, psoriasiforme.

Les lésions cutanées atteignent les mains et les pieds et prédominent sur la main droite. Lésions unguéales accentuées.

Recherche du gonocoque négative à plusieurs reprises.

Mauvais état général. Amyotrophie marquée.

Mort en 1906 d'érysipèle.

Observation II. — Lees, *Edimburg Medical Journal*, 1er avril 1922, p. 99 (résumée).

Manifestations polyarticulaires et kératosiques palmo-plantaires. Absence complète d'étiologie blennorragique : aucun antécédent.

Recherche du gonocoque négative.

Gono-réaction négative (étant donnée la très longue persistance de la séro-réaction blennorragique, on peut admettre que l'infection gonococcique était absolument hors de cause dans ce cas).

Observation III. — Löhe et Rosenfeld, *Dermatologische Zeitschrift*, 1929, p. 355 (Cas I) (résumée).

Femme de 23 ans. Dans les antécédents, nombreuses atteintes rhumatismales ayant débuté vers l'âge de 13 ans. Hospitalisée en 1925 pour polyarthrite qui guérit incomplètement. En 1926, plusieurs poussées articulaires, douloureuses et fébriles (genou gauche en particulier).

Début des phénomènes cutanés en automne 1926, au niveau des orteils ; extension progressive aux mains, pieds et coudes.

Hospitalisée en 1927 : mauvais état général, anémie, dénutrition.

Les lésions cutanées atteignent les surfaces d'extension des deux genoux et des deux pieds, le pubis, les cuisses, le dos, les avant-bras, les paumes. L'efflorescence initiale est constituée par une pustule grosse comme une lentille et dont le contenu est composé d'une masse ressemblant à du sébum ; dans un deuxième stade se forme, au centre de la pustule, un cône corné ; enfin l'élément devient solide, bien limité, recouvert d'une croûte épaisse en écaille d'huître.

Ongles épaissis, soulevés, fragiles.

Au point de vue articulaire, tuméfaction douloureuse avec limitation des mouvements au niveau du coude gauche, des deux genoux, du poignet droit, des articulations phalangiennes de l'index et du troisième doigt gauches. A la radio : décalcification de la tête de la deuxième phalange du pouce gauche.

Réaction de Wassermann et floculations négatives.

Recherches réitérées de gonocoques négatives. Pas de gonocoques dans les pustules fraîches. Culture des pustules stérile. Gono-réaction négative.

Évolution vers un psoriasis vulgaire.

Observation IV. — Lojander, *Acta Dermato-Venereologica*, 1928-1929, t. IV, p. 142 (résumée).

Jeune fille de 24 ans.

Antécédents arthropathiques héréditaires. Réglée à 18 ans seulement. Jamais de rapports sexuels.

Début à 20 ans : arthrite des genoux. En décembre 1926, à 22 ans, nouvelle poussée articulaire. Deux semaines plus tard, apparition des phénomènes cutanés hyperkératosiques. Dès lors, extension simultanée

des manifestations cutanées et articulaires. En janvier 1927 : atteinte des genoux et de plusieurs articulations des pieds et des mains.

En mai 1928 : mauvais état général. Pas de fièvre. Aménorrhée. Lésions kératosiques multiples : mains, pieds, jambes, abdomen. Gaines cornées des doigts avec atteinte des ongles.

Polyarthrite douloureuse (genoux, doigts, coudes).

Blépharite, conjonctivite.

Hymen intact. *Pas de gonocoques dans le vagin, ni dans l'urine.*

Viscères normaux. Réaction de Wassermann négative.

Amyotrophie généralisée. Sensibilité exagérée.

Anémie : 3.700.000 globules rouges. Anisocytose.

Quitte l'Hôpital 8 semaines après, sans amélioration.

Observation V. — Buschke, *Klinische Wochenschrift*, 10 juin 1928. p. 1133 (résumée).

Homme de 30 ans n'ayant jamais présenté de blennorragie.

Une blessure de guerre (éclat d'obus dans l'épaule gauche).

Trois atteintes de rhumatisme articulaire aigu (la dernière en décembre 1927).

Hospitalisé en janvier 1928. Mauvais état général. État fébrile léger : 38°.

Ankyloses et déformations articulaires multiples, bilatérales.

Lésions hyperkératosiques des mains (face dorsale, doigts), et des pieds (orteils, région malléolaire externe, région achilléenne, plante). Lésions unguéales prononcées.

Aucun trouble viscéral.

Réflexes patellaires exagérés.

Pas de blennorragie. Pas de gonocoques.

Voilà donc, avec notre observation personnelle, 6 cas dans lesquels, l'anamnèse, la clinique, les recherches bactériologiques ou sérologiques répétées permettent d'éliminer à coup sûr toute infection gonococcique. Il s'agit pourtant bien dans chacune de ces observations du syndrome arthro-kératosique qu'on rattache généralement à la blennorragie.

Le syndrome de Vidal, complication exceptionnelle de la gonococcie peut donc exister, complet et typique en dehors d'elle. Lojander, élève de Cedercreutz, avait déjà remarqué ces faits et il avait noté la grande similitude clinique et histologique des lésions dans les deux cas (Conclusion n° 1, page 252 : *in Acta Dermato-venereologica*, décembre 1927, p. 227).

En l'absence de toute infection blennorragique quelle pathogénie peut-on alors invoquer ?

1° La grande ressemblance clinique avec les efflorescences rupioïdes de certains psoriasis arthropathiques a fait de bonne heure songer à une identité d'affection. Darier dès 1903 avait rapproché les deux maladies : il a été suivi dans cette voie par de nombreux auteurs dont les noms sont rapportés par Löhe et Rosenfeld (*Loc. cit.*). Pour ceux-ci, l'opinion de Jadassohn qui ne voit aucune différence clinique ou histologique entre les deux affections est tout à fait fondée. Il arrive d'ailleurs que les maladies soient confondues (Adamson : Keratodermia blennorrhagica : is it a form of psoriasis ? *The British Journal of dermatology and syphilis*, juin 1920, vol. XXXII, p. 183) ou qu'elles évoluent d'un type vers l'autre (observation de Lojander).

Il nous paraît présomptueux de conclure en présence d'un problème qui touche de trop près celui de l'étiologie si obscure du psoriasis.

2° Pour certains auteurs (dont Buschke, Scommazzoni) un facteur endocrinien serait à l'origine de cette « prédisposition kyperkératosique » du tégument. On sait en effet depuis Chauffard et Fiessinger (*Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 18 mars 1909, p. 102) qu'il est assez facile de reproduire expérimentalement les efflorescences cornées.

Dans ce courant de faits, il est intéressant de faire remarquer que la malade de Lojander et la nôtre présentaient des troubles ovariens (règles installées tardivement, dysménorrhée, aménorrhée) ; il y avait en outre chez notre malade une diminution appréciable (11 0/0) du métabolisme basal.

Cette question a surtout un intérêt spéculatif : elle appelle des recherches plus poussées. Au point de vue pratique, contentons-nous de conclure que *c'est une erreur de fait et de doctrine que de considérer la kératose symétrique de Vidal (ou Vidal-Jacquet) comme spécifiquement gonococcique* (1).

(1) On trouvera une étude détaillée et une bibliographie suffisante de la question dans une thèse en cours d'exécution (Loubet. *Thèse*, Toulouse, 1933-1934).

A PROPOS DE L'ARTICLE DE M. SCIARRA

« LES RÉSULTATS OBTENUS DANS LES RECHERCHES DE WEISSENBACH-MARTINEAU CONFIRMENT LA VALEUR DE MA RÉACTION, MÊME AVEC SÉRUMS ACTIFS »

Par

R.-J. WEISSENBACH et J. MARTINEAU
Médecin — Chef de Laboratoire
de l'Hôpital Broca

M. Sciarra, dans le numéro 8, du mois d'août 1933, des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, cherche à rouvrir une polémique, qui est à nos yeux sans objet et que nous avons la résolution de ne pas poursuivre, comme nous l'avons dit à la séance de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie du mois de juin 1932 (n° 6 du *Bulletin*, p. 747) au cours de laquelle nous avons réfuté les arguments que reprend M. Sciarra.

Nous avons publié (1) les nombreux faits, dont l'étude nous a amené à conclure, que, contrairement à ce que prétend son auteur, la réaction de Sciarra est sans valeur pour le diagnostic, le pronostic et la conduite du traitement de la syphilis.

M. Sciarra a publié les siens.

Aux syphiligraphes, que la question intéresse, de lire, *dans le texte original*, l'exposé des uns et des autres, et de conclure.

Là est la question, et non ailleurs.

Le curieux travail auquel se livre M. Sciarra en extrayant de nos mémoires les faits qu'il croit favorables à sa thèse, en omettant de citer et de discuter ceux qui sont défavorables, en citant certaines de nos phrases, tronquées de telle sorte que le sens en est complètement dénaturé, est dépourvu de tout intérêt.

(1) R.-J. WEISSENBACH et J. MARTINEAU. Etude sur la valeur de la séro-réaction de Sciarra dans le diagnostic, le pronostic et la direction du traitement de la syphilis. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 7e série, t. III, n° 7, juillet 1932, pp. 593-617.

LA VIE PARASITAIRE DU DEMODEX FOLLICULORUM HOMINIS

Par Mme le Dr. Françoise FUSS
Travail de la Clinique Dermatologique de Genève, Professeur Du Bois.

Doit-on considérer comme résolu le problème du demodex, cet hôte fidèle de la peau ? Peut-on mettre un point final à cette question en se contentant de répéter, suivant les notions courantes les plus fréquentes, que le demodex chez l'homme ne mérite aucune attention, car il est sans valeur pathogène.

Convaincue qu'il n'y a pas de connaissance scientifique qui, tôt ou tard, ne demande une nouvelle mise au point nous avons entrepris, sous l'impulsion bienveillante du professeur Du Bois quelques recherches complémentaires sur ce parasite de la peau humaine, recherches ardues, parce que ce n'est pas chose aisée que surprendre les secrets de la vie intime de ce petit animal.

FRÉQUENCE DES DEMODEX

La fréquence des demodex chez l'homme est la première constatation importante qui se dégage. On peut affirmer avec certitude que la peau de tous les individus, à toutes les époques de l'année, et en tous nos pays, héberge des demodex. Chez cent sujets étudiés, pris au hasard parmi les malades du service dermato-vénéréologique, dont 50 femmes, 34 hommes et 16 enfants, et dont l'âge oscille entre 1 et 82 ans, l'examen a été, dans tous les cas, positif : 95 fois après la première recherche, et 5 fois seulement après la deuxième ou la troisième investigation. Le même fait a été établi pour les cadavres. Une exception à la règle, comme l'indique Gmeiner (1) se trouverait chez les nouveau-nés, dont la peau, vierge de parasites à la naissance, serait néanmoins envahie peu après.

(1) Friderich Gmeiner, *Demodex folliculorum* des Menschen und der Tiere. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Bd. XCII, p. 52.

RECHERCHE ET PRÉLÈVEMENT DES DEMODEX

Découvrir les demodex est une question de méthode de recherche. Ainsi s'explique probablement le fait, que certains auteurs n'ont vu les parasites que dans un nombre restreint de cas, et que tant de médecins ne les ont jamais aperçus. L'expression digitale de la matière sébacée contenant les demodex est la technique usuellement employée. Suffisante chez des sujets au sébum abondant, et aux endroits où le développement des glandes sébacées est notable, elle ne donne que peu de résultats dans les autres cas. La méthode digitale n'atteint ni ne vide complètement le fond des follicules et des glandes sébacées. La rafle totale des demodex est, au contraire, toujours aisée grâce à l'emploi d'un extracteur de comédons, qui permet d'obtenir des quantités même très minimes de matière sébacée partout où il y en a. Sur les parties à étudier, sur un espace de 1 à 2 centimètres, on racle la peau, en appuyant fortement avec le petit instrument. La rafle est faite, elle est toujours fructueuse. Pour découvrir les parasites vivants, sous le microscope, une parcelle de matière sébacée est prélevée délicatement, posée sur une lame dans une goutte d'huile (1), et dissociée doucement avec une pointe très fine. Les parasites traités ainsi avec prudence apparaissent animés et parfois étonnamment grouillants (2).

ABONDANCE DES DEMODEX

S'il est hors de doute que, sans même nous en apercevoir, nous partageons tous notre pain quotidien avec les demodex, il est non moins incontestable que le nombre de ces parasites dans la peau

(1) L'huile employée était : h. d'olive, h. de paraffine, h. d'arachide, h. d'amande douce, h. de cèdre, h. de ricin ou encore la glycérine. Le xylol, la potasse, le pétrole éclaircissent les parasites, mais les tuent rapidement.

(2) Les demodex se colorent par le Ziehl-Neelsen suivant la méthode de Krauss. Voir Alfred Krauss : Ueber färbe technische Methoden zum Nachweis des folliculorum. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.*, 1901, Bd. 58, p. 351.

humaine varie énormément suivant les sujets. Ce nombre passe par toute une gamme, depuis les demodex rares et isolés chez les uns, jusqu'à une quantité colossale chez d'autres. Que ce soit chez les enfants, les adultes ou les vieillards, les demodex vivent plus aisément, se multiplient plus facilement dans certains téguments de chacune de ces trois catégories, et cette prospérité démodécique dépend de facteurs variés.

Chez les enfants à peau lisse, à orifices pilo-sébacés presque toujours invisibles, et où la matière sébacée est en si faible quantité qu'il est difficile d'en extraire, les demodex sont généralement rares.

Sur les 16 enfants examinés, 14 avaient une peau normale, dont 10 présentaient peu de demodex, cependant que les 4 autres hébergeaient un nombre élevé de ces parasites. Deux seulement des 16 sujets avaient une peau séborrhéique, l'un avec un petit nombre, l'autre avec un grand nombre de demodex.

Chez les 50 femmes étudiées l'état des téguments était extrêmement variable comme le tableau ci-dessous le montre. La même variabilité se retrouve dans la quantité des demodex.

Age	Etat des téguments		Sujets ayant un nombre de demodex	
			élevé ou très élevé	faible ou très faible
24 femmes de 14 à 30 ans	Normal	11	6	4
	Séborrhéique	11	8	3
	Sec	2	1	1
12 femmes de 30 à 50 ans	Normal	6	3	3
	Séborrhéique	3	3	—
	Sec	3	2	1
14 femmes de 50 à 80 ans	Normal	1	1	—
	Séborrhéique	2	2	—
	Sec	11	7	4

Les 34 hommes observés accusent les mêmes phénomènes.

Age	Etat des téguments		Sujets ayant un nombre de demodex élevé ou très élevé	Sujets ayant un nombre de demodex faible ou très faible
16 hommes de 14 à 30 ans	Normal.	9	5	4
	Séborrhéique. . . .	5	5	—
	Sec	2	1	1
7 hommes de 30 à 50 ans	Normal.	3	2	1
	Séborrhéique. . . .	2	2	—
	Sec	2	—	2
11 hommes de 50 à 70 ans	Normal.	—	—	—
	Séborrhéique. . . .	1	10	—
	Sec	10	—	1

En résumé, on constate que sur 30 sujets, hommes ou femmes, à peau normale, 17 avaient des demodex plus ou moins abondants, tandis que chez 13 ils étaient difficiles à trouver. Sur 21 individus présentant un peau sèche, 11 avaient des parasites en quantité élevée, et 10 en petit nombre. Enfin, sur 33 personnes ayant un tégument séborrhéique à des degrés divers, les demodex étaient nombreux dans 30 cas, et dans 3 cas seulement ils étaient rares.

On constate aussi que l'âge joue un rôle quant à l'abondance du demodex dans les téguments. Sans que ce soit une règle absolue, les demodex sont peu nombreux chez l'enfant, d'abondance variable chez l'adulte, et en grande quantité chez le vieillard. Il n'en est pas de même des sexes, pour lesquels les demodex n'ont pas de préférence. Curieuse est cependant la différence entre les sexes quand il s'agit de la qualité des téguments, mais uniquement dans le groupe des personnes âgées de 50 à 80 ans. En comparant les deux tableaux on remarque que les femmes de cet âge présentent 11 fois sur 14 une hyposécrétion sébacée, avec 7 fois sur 11 un grand nombre de demodex, tandis que les hommes conservent une peau plus séborrhéique 10 fois sur 11, aussi avec foisonnement abondant de demodex.

On ne peut expliquer les écarts parfois considérables dans la quantité des demodex suivant les individus, que par les variations

de la composition chimique et de la réaction ionique du sebum. Quoique la chimie biologique de la glande sébacée soit peu connue encore, on peut supposer qu'un métabolisme cellulaire anormal, dépendant du système neuro-endocrino-végétatif, produit des modifications marquantes de la substance sébacée, qui influencent les parasites dans leur croissance, leur développement et leur bien-être général.

L'aspect seul de la peau ne permet pas de dire avec certitude, malgré des présomptions, si elle contient un grand ou un petit nombre de demodex, car la qualité du sébum prime parfois la quantité.

HABITAT DES DEMODEX

La répartition des demodex sur la surface cutanée de l'homme n'est pas uniforme. Sa topographie suit de près celle des glandes sébacées, lesquelles, suivant les régions du corps, diffèrent en nombre, en volume, et en forme, ce qui ne manque pas d'avoir une répercussion sur le siège des demodex.

L'extrémité céphalique est certainement le lieu de prédilection, la face notamment. Mais les glandes sébacées n'y sont-elles pas nombreuses, volumineuses, criblant le derme, sans proportion d'ailleurs, avec la taille du poil auquel elles sont annexées. Dans certains cas, pas une parcelle de peau n'échappe à l'invasion des intrus. Dans nos recherches nous les avons constamment recueillis dans les régions du front, du nez, du menton, des lèvres et des joues. On les trouve multiples dans le pavillon de l'oreille, et dans le conduit auditif externe. De même au niveau des sourcils, dans les follicules ciliaires et les glandes de Meibomius. Le cuir chevelu n'échappe pas à la règle. Signalés par les auteurs dans la calvitie seulement, nous avons dépisté des demodex chez des hommes et femmes à chevelure abondante : dans 50 o/o des cas chez les premiers, dans une proportion moindre chez les secondes. Sur les autres parties du corps, la fréquence du demodex diminue de haut en bas de la surface cutanée, tout en restant toujours en parallélisme avec l'importance du développement des glandes sébacées. Nos investigations nous permirent de retrouver les demodex, il est

vrai dans un pourcentage beaucoup moindre que précédemment, sur les parties supérieures du tronc, plus précisément à la nuque, dans la région médiane du dos, aux épaules, à la région présternale, et à la région mamelonnaire, les glandes sébacées étant encore à tous ces endroits assez fréquentes et assez grandes. Au contraire, à l'abdomen et aux membres, où les glandes sont rudimentaires et manquent parfois, les demodex n'élisent domicile que rarement.

Localement ces animalcules habitent non seulement dans les follicules pileux et dans les canaux excréteurs des glandes, mais encore dans les glandes elles-mêmes comme certaines coupes microscopiques le décèlent. D'ailleurs, suivant les cas et l'endroit, ils ne logent pas nécessairement dans tous les follicules pilaires et dans toutes les glandes sébacées, d'où parfois l'obligation pour les découvrir, de faire des préparations multiples.

Les demodex n'aiment pas la masse compacte et dure du gros comédon, n'y séjournent que rarement, et se réfugient dès lors dans la profondeur. La substance moelleuse du filament séborrhéique ou encore le sébum plus ou moins fluent leur conviennent tout particulièrement.

Les demodex habitent-ils la surface des téguments ? Certes, en raclant légèrement avec une curette la surface cutanée, de la face en particulier, on peut en recueillir. Mais ils s'y trouvent seulement quand le nombre des parasites du sujet est très élevé, et qu'un débordement au dehors se produit. Dans les cas contraires les résultats de nos investigations ont été négatifs.

QUELQUES PARTICULARITÉS DES DEMODEX

Sur un terrain propice, les demodex peuvent se trouver dans un seul follicule, malade ou sain, en très grand nombre 50, 100, et même beaucoup plus. Dès lors ils vivent en société, et l'image microscopique met sous les yeux toute une colonie composée de mâles et de femelles de tous âges, de nymphes octopodes, de larves hexapodes ou apodes, d'œufs, tous étroitement serrés et unis par le sébum. Si on suit l'image un temps tant soit peu prolongé, on observe que les demodex, adultes surtout, font des efforts considé-

rables pour se libérer. De puissantes contractions d'un abdomen souple, des mouvements animés de leurs huit pattes bien musclées, accompagnés d'autres mouvements rapides, d'avant en arrière, des mandibules, dégagent les animalcules, et peu à peu la petite société se disloque.

Déconcertante est la grande variété des formes qu'on y trouve, autant parmi les adultes que parmi les nymphes et les larves. Appartiennent-ils tous au même groupe et les différences de formes, correspondent-elles uniquement à une différentiation due au sexe, à des degrés de développement et à des âges différents? Existe-t-il, au contraire, des sous-groupes, comme le signalait déjà Simon (qui fût le premier, en 1842, à découvrir ce parasite), tandis que la majorité des auteurs le nient actuellement? La réponse n'est guère facile; néanmoins, nous avons pu nettement différencier, à côté de la forme classique, telle que les auteurs la décrivent, une variété naine d'adultes auxquels correspondent des nymphes et des larves minuscules, formant un contraste frappant avec la variété commune. On les trouve de préférence au cuir chevelu, dans la région des sourcils, dans la région présternale. C'est à croire que la forme s'adapte à l'habitat, car dans ces endroits les glandes sébacées sont petites et les follicules accaparés par un système pileux fortement développé. On rencontre aussi fréquemment cette forme naine, chez des personnes âgées, à glandes sébacées plus ou moins atrophiées.

Un des traits saillants du demodex est sa grande vitalité et sa grande résistance. Après son extraction on le garde vivant plusieurs heures, dans une goutte d'huile ou dans un simple frottis. Après ce temps les demodex meurent. Les adultes changent de formes, se rapetissent, s'éclaircissent, l'abdomen notamment, où persistent longtemps encore après la mort une masse brune limitée, considérée par les uns comme l'ovaire, par les autres comme un foie, ainsi que les multiples granulations qui normalement remplissent l'abdomen. Les larves et les œufs disparaissent rapidement. Mais on peut prolonger de beaucoup la vie du parasite. L'obscurité est un des éléments nécessaires. Les demodex adultes peuvent vivre sur lame dans une goutte d'huile 4, 5 ou 6 jours à la faveur d'une obscurité complète, et à la température de la chambre. Les jeunes ne survivent pas. Mais si à l'obscurité on ajoute un milieu humide,

car il ne faut pas oublier que la matière sébacée, milieu naturel du demodex, contient 2/3 d'eau, à une température oscillant entre 20 et 25 degrés, on conserve les demodex en vie bien plus longtemps encore, jusqu'à 25 jours, et non seulement les adultes, mais encore les nymphes, les larves et les œufs. En examinant sous le microscope les demodex ainsi gardés vivants, on est frappé par leur aspect normal, leur structure inchangée, mais on est non moins frappé par l'absence de tout mouvement, par un état d'engourdissement complet de ces petits animaux, dû probablement à une température insuffisante. De légères excitations avec une pointe d'aiguille suffisent pour ramener les mouvements. D'autres fois, une température de 30° ou plus, obtenue grâce à la platine chauffante, est nécessaire pour provoquer les signes de vie. Pour que la mort des demodex adultes survienne, il faut augmenter la température de la plaque chauffante jusqu'à 50°, mais déjà au delà de 30° des signes d'agitation paraissent. Le rostre et les pattes remuent violemment, l'abdomen se raccourcit et s'allonge avec précipitation, les déplacements du corps entier sont extrêmement rapides. Les formes jeunes ne résistent pas aux hautes températures, expérimentalement au moins.

Les demodex présentent aussi une immunité d'adaptation étonnante, qui fait qu'ils s'accoutument facilement aux différentes conditions défavorables, ainsi qu'à beaucoup de substances toxiques. Les maladies générales ne les affectent guère habituellement. La syphilis à tous les degrés, la blennorragie généralisée, la tuberculose dans ses diverses formes, l'alcoolisme ne les troublent pas. Gmeiner (1) les trouva sur des cadavres de gens ayant succombé à des endocardites, des péritonites, des cirrhoses, des tuberculoses pulmonaires, des pneumonies, des pyélites, des carcinomes, etc. Il en est de même pour les divers traitements internes ou externes que les malades subissent. L'examen démodécique de certains malades, avant et après leur traitement, qui consistait notamment dans des séries de piqûres tantôt de Neo-Dmegon, de Neo-Mesarca, ou d'Oleo-Bismuth, tantôt d'Insuline, de Stanion, d'Acetylcholine, de Tuberculine, de Strychno-phospharine, etc., a toujours révélé la présence de demodex dans leur état normal.

(1) *Op. cit.*, p. 53.

Voici un malade, qui à la suite de piqûres arsénobenzoliques a une érythrodermie, un autre une jaunisse, un troisième, après une injection de sérum antiméningococcique, fait une réaction violente, avec température élevée et arthralgie ; dans tous ces cas les demodex continuent leur existence sans heurts. Fait curieux, le seul exemple où tous les demodex ont été trouvés morts fût chez une malade atteinte de favus du cuir chevelu, soignée par le thallium et pendant la période de dépilation seulement. La même malade, revue 3 semaines après sa guérison, avait à nouveau des demodex vivants.

Les moyens externes n'atteignent que très difficilement les demodex, profondément tapis dans leurs repaires. Les soins d'hygiène les plus méticuleux, les savonnages les plus fréquents, les crèmes, les fards, les poudres, n'empêchent pas le développement de ces parasites. Les lavages à l'alcool ou à l'éther, les applications de la teinture d'iode, pendant un laps de temps prolongé, restent de même sans effets sur eux, quoique expérimentalement l'alcool les tue en 3 minutes, la teindure d'iode en 2 minutes, et l'éther instantanément. Les pommades soufrées et autres topiques n'ont pas de conséquences plus meurtrières. D'ailleurs Sabouraud (1) estime qu'il n'y a pas de certitude dermatologique mieux établie, que celle qu'il est impossible de débarrasser un malade dont les follicules sont atteints, par antisepsie externe. Quand les éléments parasitaires, dit-il, se sont introduits dans les follicules le parasiticide ne les touchera point, car l'imperméabilité du follicule est absolue. Ainsi il faut savoir, ajoute-t-il encore, que l'antisepsie du follicule pilaire est chose irréalisable, aucun agent solide, liquide ou gazeux n'y peut parvenir.

PATHOGÉNIE DES DEMODEX

Les *demodex folliculorum hominis* ne peuvent pas habituellement être considérés comme agents pathogènes. Leur universalité le prouve. Il pourrait être néanmoins normal d'admettre que de parasites inoffensifs, ils deviennent, dans certaines conditions, des

(1) SABOURAUD. *Entretiens dermatologiques à l'Ecole Laillier,* 1913, p. 40 et suivantes.

parasites malfaisants, qui jouent un rôle dans la pathologie de la peau.

Par leur seule présence, en quantité considérable (ce qui n'est pas le cas chez tout le monde, et qui est dû à un changement biochimique probable du milieu où ils vivent), les demodex forment, mêlés au sébum, comme un vrai corps étranger, qui peut, non seulement modifier l'aspect normal des follicules et des glandes, mais encore exciter et irriter les cellules de la couche germinative des glandes sébacées. Ces dernières réagissent par une hypersécrétion, qui, à côté d'autres causes de séborrhée, peut favoriser diverses infections et autres affections cutanées.

Certaines acnés simples ou acnés rosacées, certaines folliculites et blépharites, ou d'autres maladies de la peau, peuvent rentrer dans ce cadre. Dubreuilh a incriminé les demodex dans un cas de pigmentation localisée, De Amicis et Majochi dans certaines plaques pigmentaires de la face, Darier les a vus très abondants dans un cas de *lichen spinulosus*.

N'est-il pas troublant ce cas de maladie de Darier, chez un sujet de 25 ans, porteur de masses énormes de demodex.

N'est-il pas étrange, au contraire, que dans les eczémas, de la face notamment, les demodex sont presque introuvables et présentent des formes dégénérées ? Ici encore on ne peut expliquer ce phénomène que par un changement de la consistance et de la composition du sébum qui est telle que les parasites n'ont plus possibilité de développement.

Les demodex sont aussi soupçonnés d'être des vecteurs ou des semeurs des agents pathogènes, ou bien encore, suivant la conception du professeur Du Bois, de leur ouvrir la porte par une action mécanique. Quoi qu'il en soit, ce n'est peut-être pas un fait du hasard que la localisation des épithéliomas cutanés à la face, endroit préféré où les demodex se logent en quantité considérable.

Borrel, en particulier, a inculpé les demodex comme vecteurs de la contagion de la lèpre et de l'épithélioma. Transportent-ils aussi les microbacilles ? Tout ceci est encore une grande inconnue. Le chapitre des demodex n'est pas clos.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juillet 1933.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

La sclérodermie de l'acrosclérose (sclérodactylie), par J. Sellei. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 9e année, n° 4, avril 1933, pp. 195-203.

Dans ce travail, l'auteur développe ses idées sur les sclérodermies et isole nettement, sous le nom d'acrosclérose, un type clinique spécial qui entre dans le cadre des angiotrophoneuroses. Très rare chez l'homme, elle est caractérisée par sa tendance à la symétrie, son début par les extrémités (mains, nez, oreilles), l'existence de cyanose, de sensations de froid. Les altérations osseuses des phalanges ne sont pas rares. Il peut exister des plaques télangiectasiques, des ulcérations, des dépôts calciques ou une extension aux muqueuses (douleurs dans la langue, sténose œsophagienne, aphonie).

L'hypersensibilité à l'adrénaline est caractéristique. Il n'y a pas de trouble pancréatique apparent, alors que dans la sclérodermie vraie, la résistance atoxylique des lipases est toujours positive. Des troubles endocriniens d'origine surrénale, thyroïdienne ou peut-être parathyroïdienne sont à incriminer à l'origine de ce syndrome.

L'auteur distingue formellement l'acrosclérose de la maladie de Raynaud, qui jamais ne coexistent ; cette dernière étant une manifestation cutanée toujours gangréneuse, ne donne jamais d'autre altération du côté de la peau, des ongles, des articulations, jamais non plus il n'a vu coexister sclérodermie et acrosclérose, bien que souvent les cas très étendus de cette dernière soient qualifiés sclérodermie.

La sclérodermie donne une induration vraie et, quand elle atteint les doigts, c'est en partant de l'avant-bras.

Au point de vue thérapeutique, mêmes différences ; les interventions sur le sympathique peuvent améliorer l'acrosclérose, mais n'ont aucun effet sur la sclérodermie, tandis qu'une opothérapie pancréatique et duodénale agit sur la sclérodermie vraie, sans être très utile dans l'acrosclérose.

A. Bocage.

Le thiosulfate de soude dans le traitement des intoxications, par G. Westchersky. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, no 4, avril 1933, pp. 204-207.

Courte observation d'une malade qui, au cours d'un traitement hyposulfitique, reçoit par erreur 6 centigrammes de cyanure de mercure intraveineux, fait un choc immédiat, puis une intoxication mercurielle réduite à une néphrose aiguë (6 grammes d'albumine, cylindrurie, pas d'hématies) et une gingivite légère et peu durable grâce au traitement par l'hyposulfite de soude intraveineux ; guérison en une dizaine de jours. A. Bocage.

Le prurit tabétique, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, no 4, avril 1933, pp. 208-216.

Il en existe trois variétés :

1° Le prurit pur (décrit par l'auteur en 1917), toujours localisé, surtout anal, parfois palpébral (paupières supérieures) ou dorso-lombaire. Habituellement, dans la même région, douleurs fulgurantes ou autres troubles sensitifs, subjectifs ou objectifs (plaque d'anesthésie). C'est souvent un symptôme initial. Il est augmenté par les excès alimentaires. Le traitement antisyphilitique peut le guérir ; la ponction lombaire soulage parfois pour un à trois mois ; l'antipyrine rend service.

2° Le prurit avec lichénification.

3° Le prurit avec érythème roséoliforme urticarien à l'éruption de taches lenticulaires roses, saillantes ou non, apparaît à l'occasion du grattage dans le territoire prurigineux. A. Bocage.

Erythème polymorphe avec rhumatisme interthérapeutique, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, no 4, avril 1933, pp. 217-222.

Syphilitique secondaire qui, à l'occasion d'un traitement par le 914, fait au 8e jour une réaction à 39° avec troubles digestifs, puis au 10e jour, 40° avec douleurs articulaires et une éruption intermédiaire entre l'érythème polymorphe et l'érythème scarlatiniforme.

A. Bocage.

Etiologie de la leucoplasie, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, no 5, mai 1933, pp. 259-271.

Exposé méthodique et très complet des arguments qui permettent à l'auteur de conclure que la syphilis est la cause usuelle de la leucoplasie.

A. Bocage.

Pachydermie verticellée du cuir chevelu à forme circonscrite, par E. Périn. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, no 5, mai 1933, pp. 272-281, 3 fig. Bibliographie.

Observation chez un homme de 63 ans, de cette malformation qui remonte à l'enfance. L'examen histologique montre un épaississement du derme avec infiltrats de cellules rondes, dilatations vasculaires et

lymphatiques ; hypertrophie diffuse du tissu conjonctif ; pas de cellules næviques. Dans ce cas, il s'agit donc plutôt d'une maladie acquise d'origine inflammatoire et vraisemblablement secondaire à une infiltration chronique du tégument. A. BOCAGE.

Chancre mou et ictère, par G. MILIAN. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 9e année, n° 5, mai 1933, pp. 282-285.

Nouvelle observation d'attente : chancrelles préputiales multiples avec grosse réaction inflammatoire, accompagnées d'un ictère apparu vers le 25e jour et ayant duré 19 jours. A. BOCAGE.

Annales de l'Institut d'Actinologie (Paris).

Contribution à la pathogénie de la Pellagre. Importance de la lumière solaire. Etude expérimentale, par H. GOUGEROT et J. MEYER. *Annales de l'Institut d'Actinologie*, t. VII, n° 6, janvier 1933, pp. 237-247. Bibliographie.

Les auteurs groupent ici trois observations antérieurement publiées. La sensibilité aux rayons de la lampe à vapeur de mercure est des plus variables, augmentée ou diminuée. Le seuil semble changer suivant les saisons. La sensibilité au soleil n'est pas la même que celle aux radiations de la lampe. Les régions malades érythémateuses ne réagissent pas d'une façon très différente du tégument sain.

A. BOCAGE.

Méthodes pour mettre en évidence des substances tissulaires inflammatoires (substances E) après irradiations érythémateuses de R. U. V., par E. RAJKA. *Annales de l'Institut d'Actinologie*, t. VII, n° 6, janvier 1933, pp. 248-251.

La production d'un érythème actinique exige à la fois : 1° une irradiation ; 2° la production de substances tissulaires inflammatoires qui se forment dans les cellules de la peau sous l'influence des irradiations.

L'auteur indique la technique détaillée des méthodes qui permettent de mettre en évidence ces dernières par intradermo-inoculation, soit de sérum sanguin, soit de sérosité extraite d'une phlyctène.

A. BOCAGE.

Action anti-inflammatoire des rayons ultra-violets. Rôle des substances anti-inflammatoires dans la biologie de la lumière et leurs effets thérapeutiques, par E. RAJKA. *Annales de l'Institut d'Actinologie*, t. VII, n° 6, janvier 1933, pp. 252-254.

Au début d'un traitement actinique apparaissent dans la peau des substances augmentant l'inflammation, plus tard (3e à 5e irradiations) se forment des substances diminuantes, dont la production s'arrêtera après une cure prolongée, à un moment qui, cliniquement, correspond à la période de lassitude des malades ; cette phase d'épuisement de la production des substances anti-inflammatoires marque le moment où il faut

interrompre la cure. La pigmentation ne peut être un guide du traitement. A. Bocage.

Désensibilisation actinique par action paradoxale de quelques substances photosensibilisatrices, par J. Meyer et Hertzfeld. *Annales de l'Institut d'Actinologie,* t. VII, n° 6, janvier 1933, pp. 255-264.

Étudiant l'effet de substances sensibilisant les sujets à l'action de la lumière, les auteurs ont vu une sensibilisation légère paraître protéger contre les effets d'une sensibilisation plus forte ultérieure.

Après injection de jaune d'acridine, existe une phase négative avec diminution de la photosensibilité du tégument.

L'éosine sensibilise à forte dose et désensibilise en très faible quantité.

Le bleu de méthylène sensibilise à très petite dose.

A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Le cycle évolutif du virus syphilitique, par C. Levaditi, R. Schœn, A. Vaisman et N. Constantinesco. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 97e année, 3e série, t. CIX, n° 24, 20 juin 1933, pp 813-835, 19 fig.

Mémoire clair, précis et largement illustré, confirmant et coordonnant le résultat des recherches antérieures de L. et de ses collaborateurs sur cette importante question et dont la conclusion est la suivante :

« De nouvelles expériences réalisées, soit avec du névraxe virulent (quoique apparemment exempt de tréponèmes) de souris syphilitiques, soit avec des néoplasmes contenant du virus syphilitique pathogène pour le lapin, confirment la conception d'un cycle évolutif du virus de la syphilis, comportant une phase végétative tréponémique et une autre phase infra-visible, quoique parfaitement pathogène. La transformation du germe invisible en spirochètes s'effectue au contact et à la faveur de lésions inflammatoires vasculo-formatives banales, lesquelles réalisent des conditions nutritives favorables à une telle transformation. Ces altérations tissulaires, dites syphilitiques, n'ont rien de spécifique. Elles ne se distinguent des processus similaires avirulents que par des modifications quantitatives intéressant les divers éléments cytologiques qui les composent. Seule la présence du *Treponema pallidum* leur imprime le cachet de leur étiologie. »

M. Marchoux, à propos de cette communication, rapporte les expériences qu'il a faites avec M. Chorine sur un tréponème sanguicole que transmet aux Gallinacés l'*Argas persicus.* Ce germe est cultivable *in vitro,* sous forme infra-visible et filtrable pendant plusieurs générations, puis soudainement reprend avec une extrême rapidité sa forme spirochétienne non filtrable ; le sang des animaux inoculés est virulent pendant les quelques jours qui précèdent l'apparition des spirochètes. A. Bocage.

Rapidité de l'envahissement ganglionnaire par le virus syphilitique chez le lapin. Contamination par syphilomes testiculaires, par A. Bessemans et F. de Potter. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 97e année, 3e série, t. CIX, n° 25, 27 juin 1933, nos 908-912, 2 tableaux.

Dans ce travail, on trouvera le détail de l'expérimentation des auteurs sur plus de 50 lapins. Ils signalent un certain nombre de divergences dans les résultats que les conditions expérimentales n'expliquent pas.

Ainsi : 1° après infection par scarification scrotale chez le lapin, le tréponème pâle est capable de prendre pied après une demi-heure dans les ganglions inguinaux et après un mois dans les ganglions poplités ; cependant, il se peut qu'il n'y soit pas encore installé respectivement après 1 heure et 32 jours ;

2° après infection par greffe intratesticulaire chez la même espèce animale, l'envahissement des ganglions inguinaux et poplités peut être achevé respectivement après 45 minutes et 42 jours, quoique ici aussi le tréponème puisse ne pas y avoir pris domicile respectivement après 1 heure et 87 jours ;

3° l'infectiosité transmissible des ganglions considérés semble s'établir plus rapidement après scarification scrotale qu'après greffe intratesticulaire.

A noter qu'un tissu lymphatique ne contenant que de très rares tréponèmes en pleine vitalité, est beaucoup plus virulent que du syphilome testiculaire en contenant beaucoup plus. A. Bocage.

La pigmentation et le « masque » du Kala-azar autochtone de l'adulte, par d'Œlsnitz. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 97e année, 3e série, t CX, n° 26, 4 juillet 1933, pp. 35-37.

Le kala-azar (« fièvre noire » des Hindous) ne mérite pas du tout son nom dans les leishmanioses infantiles du littoral méditerranéen. Par contre, 7 adultes sur 8 observés par l'auteur présentaient une pigmentation spéciale variant du beige au chamois, prédominant sur les parties découvertes (face, dos des mains) et certaines régions cachées (avant-bras, face dorsale des pieds, aréoles des seins, organes génitaux).

A la face, la pigmentation siège dans la zone sus-orbitaire, sur le dos du nez en « papillon », au pourtour de la bouche. L'aspect ressemble au masque de la grossesse.

Un traitement stibié actif efface la pigmentation.

Un traitement inefficace fait apparaître de petites « taches blanches cutanées » de dépigmentation, qui n'existent pas avant la médication stibiée. A. Bocage.

Modifications à apporter à l'ancienne technique héliothérapique ne favorisant pas la pigmentation solaire, par Ch. Brody. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 97[e] année, 3[e] série, t. CX, n[0] 28, 18 juillet 1933, pp. 111-117, 2 fig.

Si l'intensité de la pigmentation dépend en général de la durée d'exposition, la guérison ne va pas de pair avec le degré de pigmentation.

Une pigmentation subite et intense est souvent d'un pronostic sévère : chez les cachectiques, une très courte exposition peut même provoquer une pigmentation rapide « chocolat ».

Les doses solaires de 3 à 6 heures sont à proscrire. Sur la Côte d'azur, une demi-heure d'insolation (sur chaque face du corps) est la meilleure et ne doit pas être continuée plus de 3 mois consécutifs. Après ce délai, il convient d'interrompre le traitement non pas brusquement, mais en diminuant progressivement la durée des séances d'insolation.

L'auteur vante les bienfaits de l'association des rayons ultra-violets aux rayons solaires, en employant simultanément lampes à arc, à vapeur de mercure et à incandescence, et d'une incidence perpendiculaire des rayons, qu'on peut obtenir avec un lit d'insolation spécial monté sur pivots appropriés. A. Bocage.

Sur la lymphogranulomatose expérimentale du singe (Virus de Nicolas-Favre), par C. Ionesco-Mihaiesti, A. Tupa, B. Wisner, I. Meshobeanu et G. Badereski. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 97[e] année, 3[e] série, t. CX, n[0] 28, 18 juillet 1933, pp. 88-104, 13 figures.

Mémoire très documenté montrant la possibilité de transmettre aux singes une maladie expérimentale assez caractéristique en utilisant uniquement à la voie péritonéale (30 animaux inoculés par cette voie, et autant, à la fois par voie péritonéale et transcranienne).

L'animal inoculé fait une péritonite tantôt à forme aiguë, rapidement mortelle (parfois pleurésie, et lésions hémorragiques des autres viscères), tantôt à forme subaiguë mortelle en 30 à 45 jours en général (péritonite hyperplastique adhésive, cachexie, parésie des membres inférieurs), tantôt des formes chroniques à début aigu (péritonite adhésive, anémie, amaigrissement très marqué, amyotrophie), tantôt enfin des formes abortives paraissant guérir définitivement après un épisode péritonique d'une douzaine de jours.

Des observations-types avec étude histologique des lésions illustrent ce travail ; la cytologie du liquide péritonéal présente des caractères très particuliers qui feront l'objet d'une publication spéciale. A noter les altérations profondes de l'appareil lymphatique, du système réticulo-endothélial en général et les névrites ascendantes entraînant assez souvent des dégénérescences médullaires étendues.

A. Bocage.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

Recherches bactériologiques sur la granulomatose maligne. Etude morphologique de germes isolés par culture, par M. Faure-Beaulieu et Mlle C. Brun. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXIII, n° 20, 1933, pp. 365-367.

Malgré leur extrême diversité, les germes cultivés à partir d'un produit granulomateux reproduisent le cycle évolutif du virus tuberculeux, tel qu'il est décrit par Fontes et Vaudremer : granulations à peine visibles, éléments cocciformes et diplococciques, bacilles cyanophiles et bacilles acido-résistants. Leur nature est établie non seulement par l'identité morphogénétique, mais aussi et surtout par leur pouvoir pathogène. A. Bocage.

La déviation du complément dans les affections cutanéo-muqueuses à Monilia, par P. Negroni. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. CXIII, n° 21, 1933, pp. 476-478.

La présence d'anticorps peut être constatée dans 84 o/o des sérums de sujets atteints depuis 20 jours au moins de lésions d'intertrigo, de névrite ou d'onyxis à *Monilia albicans*, germe du muguet.

L'antigène est une culture en agar-miel de 48 heures à 37°, en tube de 3 centimètres, mise en suspension dans 50 centimètres cubes d'eau salée physiologique formolée à 1 p. 200, agitée 3 à 4 heures avec des perles de verre et centrifugée. La dose convenable est 0,4 centimètre cube d'une solution à 1 p. 50.

La réaction est du type Wassermann technique Sordelli et Miravent. Elle est spécifique du genre ou groupe *Monilia*, mais pas d'une seule espèce. A. Bocage.

Onycomycose par Cephalosporium spinosus N. S. P. Negroni 1933, par P. Negroni. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXIII, n° 21, 1933, pp. 478-480.

Description détaillée des caractères culturaux d'un champignon trouvé dans une onyxis du pied. A. Bocage.

Recherches expérimentales sur la granulomatose maligne. Pouvoir pathogène des germes isolés par culture, par M. Faure-Beaulieu et Mlle C. Brun. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXIII, n° 22, 10 juin 1933, pp. 601-604.

Le germe au stade granulaire pur, cyanophile, détermine les mêmes lésions que l'inoculation directe de produits granulomateux.

A la phase mixte granulo-bacillaire, la réaction ganglionnaire devient plus marquée ; il se fait un abcès froid ganglionnaire, transmissible en série. Ce n'est qu'au 6e passage que se réalise le tableau complet de la tuberculose type Villemin avec chancre d'inoculation.

Les mêmes résultats ayant été obtenus avec des souches de virus

provenant de quatre malades différents, les auteurs concluent que « la granulomatose maligne apparaît de plus en plus comme une tuberculose atypique relevant de l'ultra-virus et particulièrement des formes granulaires qui en dérivent ». A. Bocage.

La prophylaxie du cancer du goudron à l'aide des sels de baryum, par J. Maisin et J. Detroux.

Au sujet de l'importance de l'action du sel employé et de sa dose dans la prophylaxie du cancer du goudron à l'aide des sels de baryum, par J. Detroux. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXIII, n° 24, 1933, pp. 926-930.

Dans ces deux notes, les auteurs établissent que *per os* les sels de baryum ont une action prophylactique certaine sur le développement du cancer du goudron. Mais certains sels comme le chlorure peuvent être activants à une dose cent fois plus forte que la dose retardante.

A. Bocage.

L'influence du pH sur la fixation du complément par l'antigène de Mac Intosch, dans la réaction de Bordet-Wassermann, par S. Sierakowski et Zablocki. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXIII, n° 27, 1933, pp. 1265-1267.

L'acidification du système sérum + antigène n'a pas d'influence sur l'absorption du complément.

L'alcalinisation du système sérum syphilitique + antigène provoque la fixation du complément en quantité plus grande dans les limites *p*H 8,0 à 9,5 ; à ce dernier taux, la fixation étant triple de celle au premier. Cependant, dans ces limites, le sérum non syphilitique + antigène fixe toujours la même quantité insignifiante de complément. La raison est que les particules de l'antigène de Mc Intosch diminuent de volume (leur surface adsorbante augmente) quand le *p*H s'élève.

A. Bocage.

Sur la balnéation chaude dans la syphilis expérimentale du lapin, par A. Bessemans. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXIII, n° 28, 1933, pp. 1534-1535.

Simple rappel bibliographique de l'expérimentation antérieure de l'auteur sur cette question. A. Bocage.

Action de la malariathérapie sur la perméabilité vasculo-méningée à l'arsenic du néosalvarsan, par M. Le Fèvre de Arric. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CXIII, n° 28, 24 juin 1933, pp. 1537-1538.

9 fois sur 10, il y a eu diminution rapide de la perméabilité méningée à l'arsenic (15 à 20 jours après le dernier des 10 accès de malaria), bien avant toute modification albumino-cytologique du liquide rachidien. A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Hémiplégie récidivante liée sans doute à l'hérédo-syphilis, par L. Babonneix et C. Riom. *Gazette des Hôpitaux*, 106e année, no 49, 21 juin 1933, p. 913.

Fillette de 10 ans ayant eu hémiparésie gauche, puis droite, puis hémiplégie gauche nette. Une grand'mère pourrait avoir été entachée de syphilis. Aucun autre stigmate. On met la malade au traitement.

A. Bocage.

Les cures thermales dans les intolérances et les accidents des chimiothérapies antisyphilitiques, par M. P. et M. Vauthey. *Gazette des Hôpitaux*, 106e année, no 61, 2 août 1933, pp. 1125-1131.

Les eaux sulfureuses conviennent particulièrement aux syphilitiques traités par le mercure ; préférer celles qui se prêtent le mieux à la cure par boisson. Elles aident aussi à supporter l'iode et le bismuth, diminuant l'importance des dépôts de ce médicament, mais ne paraissent pas avoir d'effet dans le traitement arsenical de la syphilis.

A celui-ci conviennent particulièrement les eaux bicarbonatées sodiques fortes type Vichy.

A. Bocage.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

Wassermann inattendu, par G. Milian. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CIV, 13e cahier, 10 juillet 1933, art. 30.669.

M. rapporte l'observation d'une jeune fille qui, traitée pour blennorragie, demandait un Wassermann, craignant d'avoir aussi contracté la syphilis. Trois examens de sang donnèrent un Wassermann moyennement positif. Il ne s'agissait pas de contamination récente, mais ces examens de sang permirent de découvrir une syphilis héréditaire jusqu'ici parfaitement muette. Une réaction de Wassermann, même partiellement positive, doit toujours retenir l'attention du médecin et doit être pour lui un avertissement extrêmement précieux. De même, les oscillations sérologiques fréquentes au cours de la vie d'un syphilitique, peuvent être le résultat d'une activation de la maladie sous une influence quelconque, infection, administration médicamenteuse. C'est la réactivation biologique de la réaction de Wassermann. Enfin, la réaction de Wassermann, faite à la fin de chacune des cures, donne des indications précieuses sur l'activité des médicaments et, par suite, sur leur choix.

H. Rabeau.

Nature de la maladie de Nicolas-Favre, par J. Nicolas et F. Lebeuf. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CIV, 13e cahier, 10 juillet 1933, art. 30.670.

Il y a plus de 20 ans que Nicolas, Favre et Durand ont individualisé la lymphogranulomatose inguinale ; ils ont établi son autonomie cli-

nique et anatomique, son origine vénérienne, son identité avec le bubon climatique. En 1925, par la découverte de l'intradermo-réaction, Frei montra la spécificité de la maladie. La pratique de l'intradermo-réaction de Frei permit d'étendre le champ de la maladie. Les auteurs avaient soulevé l'hypothèse d'un virus filtrant comme agent de la maladie. En 1929, Sven Hellerström et Erick Wasser inoculant le produit de broyage de ganglions lymphogranulomateux humains dans le cerveau des singes, démontrèrent que le virus de la maladie de Nicolas-Favre était neurotrope et lymphotrope. Ces recherches furent reprises et complétées par Levaditi, Ravaut et leurs collaborateurs. On connaît donc maintenant la nature de la maladie de Nicolas-Favre : le virus lymphogranulomateux est un virus filtrant ayant une affinité spéciale pour le névraxe, les ganglions lymphatiques et les organes génitaux de certains animaux : singes catarrhiniens, souris blanches, jeunes chats, cobayes et lapins. Ce virus est invisible et ses cultures, en dehors des animaux mentionnés, restent stériles.

H. Rabeau.

La mammite syphilitique, par A. Touraine et Ch. Ribadeau-Dumas. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques,* t. CIV, 13e cahier, 10 juillet 1933, art. 30.671.

Cette inflammation de la glande, relativement fréquente, est à peine signalée dans les ouvrages classiques. Elle mérite d'être recherchée, son intérêt réside dans la grande difficulté de diagnostic qu'elle présente souvent avec l'épithélioma mammaire, et surtout dans le fait que la mammite réalise volontiers le terrain d'inflammation chronique sur lequel se développe l'épithélioma. Les auteurs précisent, après Burnier, quelques points de clinique, de diagnostic histologique et insistent sur les rapports de cette inflammation chronique avec le cancer du sein. La mammite syphilitique est un état précancéreux.

H. Rabeau.

Enurésie et syphilis, par J. Meyer. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques,* t. CIV, 13e cahier, 10 juillet 1933, art. 30.672.

M. Pinard a attiré l'attention sur les rapports possibles entre l'énurésie et la syphilis héréditaire. M. étudie les étiologies possibles de l'énurésie et discute la part éventuelle de la syphilis. M. Pinard, sur 180 observations, invoque la syphilis dans trois quarts des cas. Hissard a signalé la fréquence de l'énurésie parmi les hérédo-syphilitiques du Calvados (23 o/o). Meyer, à son dispensaire parisien, sur 20 malades énurésiques, retrouve la syphilis seulement dans 4 o/o des cas. Quelle que soit la proportion, une énurésie passagère ou durable implique la recherche de la syphilis. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Le pourcentage leucocytaire sanguin dans les parakératoses lichéniennes ou exsudatives, par PLAGNIOL. *Journal de Médecine de Paris*, 53e année, no 27, 6 juillet 1933, p. 585.

Sur une trentaine de cas présentant des lésions cutanées très étendues, on ne trouve que de légères modifications de la formule qualitative, une tendance nette à la polynucléose, qui est assez banale. La flore de ces lésions comportait deux germes prédominants : entérocoques et staphylocoques. H. RABEAU.

Actino-résistance des récidives de psoriasis traités par la lumière, par L. MARCERON. *Journal de Médecine de Paris*, 53e année, no 27, 6 juillet 1933, p. 592.

Après une expérience de 7 ans, M. considère que l'actinothérapie à érythème fort du psoriasis est, lorsqu'on l'utilise pour la première fois sur un sujet, un excellent procédé de « blanchiment », un médiocre moyen de guérison. L'actinothérapie à érythème fort de la première récidive d'un psoriasis est de résultat décevant. L'actinothérapie à érythème fort de la deuxième récidive d'un psoriasis est de résultat nul. H. RABEAU.

Traitement physiothérapique des cicatrices vicieuses, par DEVOIS. *Journal de Médecine de Paris*, 53e année, no 27, 6 juillet 1933, p. 609.

Courte revue des moyens, que les agents physiques nous donnent pour combattre avec succès les cicatrices vicieuses. Il y aura intérêt souvent à adjoindre aux caustiques les radiations de Rœntgen et de Curie qui ont une affinité élective pour le tissu fibreux jeune en voie de formation. H. RABEAU.

La Presse Médicale (Paris).

Syphilis méconnue par erreur de biopsie, par GOUGEROT. *La Presse Médicale*, 41e année, no 53, 1er juillet 1933, p. 1041.

Plusieurs auteurs, mais surtout Nicolas, Favre, Roussy et Leroux, ont signalé les erreurs de diagnostic histologique dans la syphilis, erreur dans les deux sens ; on affirme une syphilis inexistante, on méconnaît une syphilis certaine. Malgré cela, l'erreur reste fréquente et G., qui en rapporte des exemples récents, étudie ces critères histologiques qui n'ont de valeur que groupés. Il discute la valeur des deux plus réputés : plasmose « spécifique » et vascularite « spécifique », qui s'observent souvent en dehors de la syphilis. Commentant le mémoire de Nicolas et Favre, *Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées (cellules géantes et follicule syphilitique)* paru en 1907, il adopte leurs conclusions. La constatation de follicules tuberculoïdes ne doit pas faire admettre la tuberculose et rejeter la syphilis. Seule

la constatation du bacille de Koch et mieux, l'inoculation positive à l'animal, pourront fournir le critérium absolu. H. Rabeau.

Le chlorure d'ammonium dans la thérapeutique de la sclérodermie, par R. Leriche et A. Jung. *La Presse Médicale,* 41e année, no 52, 1er juillet 1933, p. 1041.

Pautrier et ses élèves ont montré le calcium en excès dans le sang des sclérodermiques. En vue d'augmenter l'élimination du calcium, L. et J. ont traité une malade atteinte de sclérodermie par le régime acidifiant et le chlorure d'ammonium à la dose de 3 grammes par jour. Au bout de 20 jours, ils ont noté une amélioration très considérable des plaques et des signes subjectifs. Une autre malade ainsi traitée a été très améliorée. Il est difficile à l'heure actuelle de préciser l'action du chlorure d'ammonium. Le fait est qu'il agit, et constitue une ressource précieuse en attendant l'heure de l'opération.

H. Rabeau.

L'allergie cutanée au filtrat tuberculeux, par M. Popper et C. Baileanu. *La Presse Médicale,* 41e année, no 53, 5 juillet 1933, p. 1064.

Les auteurs ont étudié l'allergie cutanée chez le cobaye et le nouveau-né en partant d'un filtrat tuberculeux chauffé. Les cobayes infectés par les filtrats tuberculeux virulents montrent, après une période anté-allergique variable, une intradermo-réaction positive au filtrat chauffé ; cette réaction précède constamment l'apparition de l'allergie tuberculinique et doit être considérée comme l'expression cutanée de la multiplication dans l'organisme du virus tuberculeux filtrable. Chez l'enfant nouveau-né, une réaction semblable se rencontre de façon constante chez ceux de mère tuberuleuse, en proportion variable chez ceux d'origine normale. Chez les enfants plus âgés et les adultes, les réactions correspondent d'habitude aux réactions tuberculiniques, existant pourtant dans nombre de cas de façon dissociée, et représentant dans ces cas la signature d'une infection prédominante due au virus filtrant tuberculeux. H. Rabeau.

Traitement préventif des stomatites médicamenteuses, spécialement mercurielles et bismuthiques, par L. Lebourg. *La Presse Médicale,* 41e année, no 57, 19 juillet 1933, p. 1153.

Dans cette note de médecine pratique, l'auteur résume les règles de pratique courante si nécessaires à observer au cours du traitement spécifique : mise en état de la bouche avant le traitement, soins quotidiens répétés, lavages buccaux fréquents ; cet état déficient buccal possible ne doit pas retarder le traitement. La thérapeutique arsenicale devra être mise en œuvre. La stomatite buccale d'alarme du cyanure de mercure pourra, dans certains cas, montrer au malade toute l'importance des soins buccaux et révéler des foyers buccaux profonds ou cachés.

H. Rabeau.

Syphilis et auro-résistance, par F. Lebœuf, H. Mollard et D. Popovitch. *La Presse Médicale*, 41e année, n° 58, 22 juillet 1933, p. 1161.

De cette excellente revue générale sur la chrysothérapie de la syphilis, les auteurs tirent deux conclusions assez contradictoires : les résultats de la chrysothérapie sont généralement médiocres ; quelques faits expérimentaux et cliniques suggèrent pourtant que l'or est un antisyphilitique puissant. Les premières observations cliniques de Jeanselme et Burnier (1927) montrèrent la guérison des lésions primaires et secondaires polyrésistantes (arsenic, bismuth, mercure) par les sels d'or. Les auteurs ont observé une action remarquable des sels d'or chez les malades tuberculeux anciens syphilitiques. La syphilis semble prédisposer à l'action des sels d'or le terrain tuberculeux. Expérimentalement, il suffit de quantités d'or souvent minimes pour guérir la syphilis des animaux inoculés. Dans la syphilis nerveuse, Steiner et Fischl ont montré que l'or s'incruste dans le cerveau, il semble que la chrysothérapie puisse avoir une place importante. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que l'auro-sensibilité dépend de la posologie adoptée. Les sels d'or ne sont efficaces que lorsqu'on emploie des doses très fortes, très supérieures à celles qu'exigent les tuberculeux. Le traitement doit être suffisamment prolongé. La méthode des suspensions huileuses rend la résorption du médicament plus lente, l'action sur l'organisme plus longue et diminue l'auro-résistance.

H. Rabeau.

Considérations sur la pathogénie et le traitement de la furonculose, par A. Maute. *La Presse Médicale*, 41e année, n° 59, 25 juillet 1933, p. 1179.

M. montre le rôle important du terrain et quels aspects multiples peut revêtir la furonculose. La thérapeutique doit donc varier suivant les formes. Il reste fidèle au vaccin lysat-soude en injections sous-cutanées à des doses allant de 1/10e de milligramme à 5 milligrammes. Il y ajoute les traitements locaux : cures à l'oléate de cuivre, pâte au mercurochrome, pulvérisations au sulfate de cuivre à 1 o/oo. Ultérieurement, il y aura lieu d'utiliser les méthodes de désensibilisation et d'instituer un régime.

H. Rabeau.

De l'emploi en petite chirurgie, gynécologie et affections cutanées diverses d'une huile pure sulfurée extraite de roches bitumeuses du Jura, par J. Le Calvé. *La Presse Médicale*, 41e année, n° 60, 29 juillet 1933, p. 1205.

Cette huile sulfurée *naturelle* a une teneur en soufre organique plus que doublée par rapport à celle de l'ichtyol. Elle renferme 15 o/o de soufre, donne un indice d'iode de 89, ne contient pas de soufre de sulfonation. Insoluble dans l'eau, la glycérine, l'alcool, elle fait avec l'eau de savon une émulsion instable ; elle est soluble dans le mélange alcool-éther, l'huile de vaseline, les huiles végétales, le collodion et s'incorpore bien à la vaseline et à la lanoline. C. ne dépasse pas le titre de 10 o/o dans les diverses préparations utilisées par lui. Les dermites

rétro-auriculaires, l'impétigo, les folliculites, l'ecthyma, l'intertrigo. les acnés papuleuses ou pustuleuses bénéficient de son emploi.

H. Rabeau.

Revue Neurologique (Paris).

Le traitement malariathérapique dans la syphilis nerveuse, par D. Paulian. *Revue Neurologique*, 40e année, t. I, n° 5, mai 1933, pp. 742-743, 1 tableau.

Statistique des résultats obtenus dans son service de l'Institut Central de Bucarest sur 816 malades en 8 ans.

90 o/o environ d'entre eux ont pu faire une cure complète avec 75 o/o de résultats favorables et 7 1/2 o/o de mortalité. En déduisant les cas seulement améliorés, on trouve 40 o/o de rémissions cliniques dans la paralysie générale, 30 o/o dans la tabo-paralysie, 5 o/o dans le tabès, 35 o/o environ dans l'hérédo-syphilis nerveuse et dans l'hémiplégie syphilitique et surtout plus de 50 o/o dans la syphilis méningo-encéphalique, « ce qui justifie le traitement précoce par la malariathérapie, à la phase biologique de la syphilis nerveuse ».

Dans l'atrophie optique, peu d'améliorations, mais arrêt de la progression de la maladie.

Après la malariathérapie, l'arsenic est préférable au bismuth ; le stovarsol n'a pas donné d'accidents.

A. Bocage.

La barrière protectrice interne, par N. Zand *Revue Neurologique*, 40e année, t. I, n° 5, mai 1933, pp. 744-749.

Le parenchyme nerveux est isolé des milieux humoraux au moins par deux barrières : l'une, bien connue, « barrière externe » interposée entre le sang et le liquide rachidien, ou barrière hémato-encéphalique de Stern, l'autre entre le liquide rachidien et le tissu nerveux, c'est la « barrière interne » de l'auteur. Pour Walter et pour Schmidt existerait aussi une barrière entre le sang et le parenchyme nerveux ; mais, en raison de l'existence des espaces péri-vasculaires remplis de liquide rachidien, elle se confond peut-être avec la barrière externe.

L'auteur, par injections sous-arachnoïdiennes et intracérébrales de bleu de trypan à concentration modérée, montre que la barrière interne existe bien, mais qu'elle est moins résistante que la barrière externe ; ces expériences semblent établir que les plexus choroïdes n'ont aucun rôle dans le drainage des particules introduites dans le liquide rachidien, alors qu'il n'en est pas de même pour celles qui viennent du tissu nerveux. Ces données ont un intérêt au point de vue du diagnostic et du traitement des affections nerveuses par voie sous-arachnoïdienne.

A. Bocage.

Le paralytique général, qu'il prononce ou écrive le mot d'épreuve, a des lapsus non par dysarthrie, mais par inattention, omission, assimilation syllabique ou dissimilation, par J. Froment et Guibert. *Revue Neurologique*, 40e année, t. I, n° 6, 1er juin 1933, pp. 1200-1205.

Ce n'est pas parce qu'il est dysarthrique du fait de son labiospasme,

mais parce qu'il est incapable de fixer son attention sur des mots compliqués et inhabituels que le paralytique général commet toujours de plus ou moins nombreux lapsus au cours des épreuves classiques. Il commet d'ailleurs par écrit le même genre de lapsus.

A. Bocage.

Le test des mots d'épreuve — par écrit — avant et après impaludation et stovarsol, par J. Froment et Christny. *Revue Neurologique*, 40e année, t. I, n° 6, 1er juin 1933, pp. 1205-1206.

Le test des mots d'épreuve étant aussi significatif par écrit qu'oralement, les auteurs préfèrent une épreuve écrite qui permet de garder facilement des documents, comparables les uns avec les autres à intervalles éloignés. Ce procédé met clairement en évidence les bénéfices que le malade retire du traitement et qui apparaît dès la fin de l'impaludation. A. Bocage.

Provence Médicale (Marseille).

Diagnostic et traitement de la syphilis cardio-aortique, par E. Giraud-Costa. *Provence Médicale*, 3e année, n° 21, 15 juin 1933, pp. 15-17.

Courte revue générale parsemée de formules très expressives, telles que les suivantes.

Il n'existe, en dehors des anévrysmes de l'aorte, aucun signe pathognomonique de syphilis cardiaque ou aortique. Les diverses manifestations cardiaques qui peuvent s'observer chez un syphilitique ne reconnaissent pas obligatoirement cette étiologie. La syphilis cardio-aortique se présente sous deux aspects évolutifs bien différents : la forme évolutive qui n'est pas uniquement l'apanage des syphilis jeunes est le plus souvent mutilante et diffuse, et c'est la seule vraiment sensible au traitement ; la forme inactive peu évolutive est une forme lentement sclérosante, le plus souvent relativement localisée (le traitement ne peut avoir qu'un but : la fixer et stabiliser les lésions).

La discussion du diagnostic des différentes lésions et les principes directeurs sont rédigés dans le même esprit de clarté et de simplicité.

A. Bocage.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Corps étrangers de la peau comme lésions professionnelles chez les gaziers (Fremdkörpereinspringungen in die Haut als berufliche Schädigung bei Installateuren), par T. Nimpfer. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVI, fasc. 6, juin 1933, p. 313, 2 fig. hors texte.

Chez 4 malades, chargés de nettoyer les conduites de gaz, il existe des excoriations et un tatouage de la face, des mains, des avant-bras, consécutifs à la projection sur la peau de particules minérales lors du nettoyage. On retrouve ces particules dans le derme superficiel. Il s'agit d'une lésion durable. L. Chatellier.

Sur un vaste granulome de la peau en territoires multiples lupoïdes ou lèproïdes (Ueber ausgedehnte multiple lupoïde bzw. leproïde Granulome der Haut), par R. Strempel. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, fasc. 1-2, juillet 1933, p. 1 (6 fig.).

Un paysan de 24 ans, atteint antérieurement d'ostéite costale chronique (et enfin de pleurésie, etc.), c'est-à-dire tuberculeux, et avec une formule sanguine normale présente, disséminés sur tout le tégument du dos (et un peu sur le ventre et le cuir chevelu), des infiltrats et nodules d'un bleu rougeâtre, avec télangiectasies, etc. Ces infiltrats sous-cutanés sont disposés en noyaux, en larges nappes dures bien circonscrites. Au microscope, granulome bien circonscrit, formé de coulées englobant les muscles, les poils et leurs annexes sans les détruire, et comprenant des formations nodulaires réticulées tout à fait semblables à des centres germinatifs. Pas de syphilis. Amélioration très considérable par la radiothérapie. S. différencie ce cas du mycosis fongoïde, des leucémides, des sarcoïdes, etc... Il y voit un type spécial de granulome lupoïde ou léproïde, avec réalisation de centres germinatifs, faisant partie du groupe des granulomes infectieux, et probablement en rapport avec la tuberculose (inoculations négatives).

Ch. Audry.

Sur la scléropoïkilodermie (Ueber Sklero-Poïkilodermie), par P. Keller. *Dermatologische Zeitschrift*, fasc. 1-2, juillet 1933, p. 14.

K. Jäffen a signalé des cas où la poïkilodermie était associée à la sclérodactylie. K. donne l'observation d'une femme où l'état sclérodermique (face, doigts, etc.) était associé à des télangiectasies disposées en réseau plus ou moins « poïkilodermique ».

Tous les cas publiés sont des femmes. Dans le cas présent, K. a constaté par l'injection de l'urine à la souris, qu'il existait une production exagérée de folliculine comme dans une période climatérique précoce, et que le fonctionnement ovarien était troublé (il existait aussi une faible cholestérinémie). De même, la recherche du quotient potasse-calcium était élevée, ce qui indique un trouble du parasympathique. Enfin, K. rappelle l'existence de la poïkilodermie dermatomyosique de Petges.

Ch. Audry.

Hémorragies et altérations du sang après le salvarsan (Blutung und Blutschadigung nach Salvarsan, par S. Emanuel. *Dermatologische Zeitschrift*, fasc. 1-2, juillet 1933, p. 24.

Une syphilitique tertiaire de 26 ans présenta, après une troisième cure de salvarsan et bismuth (deux cures antérieures avaient été bien tolérées) un purpura généralisé, des épistaxis, puis une hémiplégie droite ; mort après 14 heures de coma. A l'autopsie, hémorragie cérébrale, hémorragies dans l'ovaire, le péritoine, etc. Au microscope, cellules hépatiques bien conservées. Atrophie de la moelle osseuse. Thrombocytes fortement disséminés, agranulocytose, etc.

E. étudie isolément : 1° les hémorragies isolées (épistaxis, ménorragies) ; 2° les diathèses hémorragiques avec ou sans altération du sang, ces dernières pouvant varier beaucoup : anomalies des plaquettes, mégacaryocytose et érythropénie, avec ou sans leucocytose ; troubles du système hématopoïétique avec mégacaryocytose, avec les différentes formes de granulotocitoses, isolées ou combinées ; 3° les altérations sanguines sans diathèse hémorragique.

Essentiellement, pour S., les accidents hémorragiques dépendent d'altérations de l'endothélium vasculaire. (Bonne revue avec bibliographie à consulter dans l'original.) Ch. Audry.

Recherches sur le développement de l'eczéma des boulangers (Untersuchungen über die Entstehung des Bäckereczems), par N. van Vonno et J. Struycken. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, fasc. 1-2, juillet 1933, p. 43.

Dans cet article de 40 pages, les auteurs s'attachent d'abord à préciser les caractères des différentes farines, préparées ou non, qu'on utilise en Hollande, les diverses substances améliorant la fabrication et la cuisson du pain (entre autres, le persulfate de NH^4, le bromate de K et, surtout, le Multaglut, qui est un mélange de persulfate de NH^4 et de phosphate de Ca).

L'eczéma des boulangers ne se différencie pas des autres eczémas. A. Tekky et E. Zitzke ont étudié cette dermatose et conclu qu'il s'agissait là d'une « allergose », dont l'agent principal était le persulfate. V. et S. ont entrepris des recherches sur des boulangers et sur 9 asthmatiques, et sur 14 individus atteints de rhinite vaso-motrice. Ils arrivent à cette conclusion que dans la farine de blé existe l'une des causes de cette disposition à l'eczéma, sans qu'on puisse établir de différences d'après la provenance du blé. De plus, les réactions au Multaglut se rencontrent aussi bien chez les eczémateux que chez les individus normaux. Mais chez les boulangers eczémateux, la fréquence de la rhinite vaso-motrice est considérable ; aussi faut-il se demander si la sensibilisation ne se fait pas par la muqueuse nasale. Les « améliorants » n'ont aucune action allergisante. L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Nouvelle contribution à l'étude des rapports entre maintes dermatoses et le système endocrinien ; leur valeur pratique occasionnelle (Weiterer Beitrag zu den Beziehungen mancher Dermatosen zum endokrinen System und ihre gelegentliche praktische Auswertang. III), par G. Stümpke. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 22, 3 juin 1933, p. 733.

S., dans ses travaux antérieurs, avait insisté sur l'influence du système neuro-endocrinien sur la peau et sur certaines dermatoses. Il rapporte de nouveaux exemples où le diagnostic hésitant (psoriasis localisé à la tête, dermite eczématiforme, acné nécrotique atypique, herpès ulcé-

reux, dermite urticarienne, etc.) a pu être rétabli par l'étude des réactions du système neuro-végétatif et endocrinien, et le traitement modifié avec succès. L. CHATELLIER.

Sur la clinique de la scarlatine (Zur Klinik des Scharlachs), par K. SCHIRLITZ. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 22, 3 juin 1933, p. 746.

A propos de 106 malades (26 adultes et 80 enfants) observés en 9 mois, S. fait une revue générale où il insiste sur les variations de l'éruption et de ses caractères, sur les épreuves qui permettent, dans les cas douteux, de préciser le diagnostic, sur l'importance des signes hématologiques (leucocytose, éosinophilie), urinaires (urobilinurie, acétonurie, albuminurie), sur les localisations articulaires, etc...

L. CHATELLIER.

Le diagnostic sérologique de la blennorragie au moyen de la déviation du complément et des réactions d'immunité, en particulier la floculation après centrifugation avec l'extrait de Meinicke comme indicateur (Die Serologische Diagnose der Gonorrhoe mittels der Komplementbindungsreaktion, speziell der Ausflockung in Zentrifugierverfahren mit Meinickes Klärungsextrakt als Indicator), par C. SCHLESMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 23, 10 juin 1933, p. 791.

S. a utilisé le procédé de Meinicke pour le séro-diagnostic de la blennorragie. Ce procédé consiste à mélanger à l'extrait employé dans le séro-diagnostic de la syphilis l'antigène gonococcique. Voici succinctement la technique suivie par S., qui a utilisé 2 antigènes (antigène préparé par Labopharma selon le procédé de Cohn ; antigène préparé par S. lui-même, et qui est une suspension de gonocoques dans du sérum physiologique phéniqué à 0,5 o/o).

A 10 centimètres cubes du mélange de Meinicke, il ajoute 2 ou 1 centimètre cube de l'un ou l'autre antigène ; à 0 cc. 05 de sérum chauffé pendant 30 minutes à 55°, il ajoute 0 cc. 25 du mélange ; après agitation des tubes, centrifugation à 2.000 tours pendant 5 minutes. A chaque tube, on ajoute 0 cc. 5 d'eau salée physiologique et l'on agite à nouveau. Les réactions positives sont caractérisées par la persistance du précipité, les négatives par sa redissolution. S. a examiné 1.005 sérums (dont 478 blennorragies certaines) par la méthode de Meinicke et la gono-réaction. La première s'est montrée comparable à la seconde, avec une sensibilité plus fixe, mais aussi quelques réactions non spécifiques. La méthode de Meinicke n'est pas utilisable chez les syphilitiques à sérologie positive. Le procédé de S. est possible avec d'autres extraits : celui de Sachs-Klopstock-Ohashi, par exemple.

L. CHATELLIER.

Sur la casuistique de la maladie de Fox-Fordyce (Zur Kasuistik der Fox-Fordyceschen Krankheit), par S. GRSCHEBIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 24, 17 juin 1924, p. 825.

Observation d'une maladie de Fox-Fordyce, dont lésions et prurit se

sont considérablement améliorés pendant la grossesse, pour reprendre 3-4 semaines après l'accouchement. Ce fait confirme les rapports signalés entre la maladie et le fonctionnement des glandes génitales.

L. Chatellier.

L'emploi de l' « epithensalbe » en dermatologie (Die Anwendung der Epithensalbe in der Dermotherapie), par R. Frühwald. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 24, 17 juin 1933, p. 835.

La pommade ainsi désignée contient du rouge écarlate et du baume du Pérou, substances qui activent le développement de l'épiderme. F. l'a employée avec succès dans les ulcères variqueux, où elle est bien supportée quand l'inflammation périphérique a disparu et qui guérissent, selon les cas, en quelques jours ou quelques semaines. Même succès dans l'eczéma des enfants et les séquelles de l'impétigo ; en somme, dans tous les cas où l'on a affaire à des plaies sans épiderme et suintantes.

L. Chatellier.

Acide urique, psoriasis et goutte (Harnsäure, Psoriasis und Gicht), par B. Zorn. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 24, 17 juin 1924, p. 821.

Après avoir rappelé les travaux antérieurs sur le sujet, Z. apporte ses constatations personnelles. Dans 50 grammes de squames, il a trouvé 0 gr. 139 d'acide urique pur ; dans les squames déshydratées, il existe 306 milligrammes 0/0 d'acide urique. Or, dans le sang, à jeun, la teneur du sérum est de 3 milligrammes 0/0, soit 100 fois moins que dans les squames. D'après Urbach et Scherk, le rapport de l'acide urique du tissu conjonctif de la peau à l'acide urique du sang est de 1,4/1 chez les individus normaux ; de 1,54/1 chez les goutteux ; chez les psoriasiques, il est de 100/1, pour Z. D'autre part, la teneur en phosphore pur est de 16,6 milligrammes 0/0. La caryolyse ne suffit pas à l'expliquer. C'est donc que l'acide urique et le phosphore sont prélevés dans le sang circulant.

Les travaux antérieurs ont montré que l'excrétion urique est inversement proportionnelle à celle du glycocol chez les goutteux. L'une diminue quand l'autre augmente dans les squames de psoriasis, le glycocol manque complètement. Parallèlement à l'acide urique, les squames psoriasiques sont riches en K, Ca, Mg. L'étude du métabolisme tissulaire des substances minérales montre que l'acide urique, pas plus dans la goutte que dans le psoriasis, ne suffit à créer la maladie. Il intervient un facteur, encore inconnu, qui agit sur la perméabilité capillaire et sur le tissu conjonctif. Mais les constatations de Z. permettent d'expliquer la présence dans une même famille du psoriasis ou de la goutte chez les différents individus qui la composent.

L. Chatellier.

Doit-on admettre légalement « la faute professionnelle » quand un spécialiste consulté sur la possibilité d'une syphilis manifeste cliniquement, ne fait pas d'examen sérologique, et quand, malgré le diagnostic posé par le spécialiste, la syphilis est démontrée ultérieurement? (Ist es für gerichtliche Beurteilung als Kunstfehler zu bewerten, wenn bei einer Patientin, die zum Facharzt zwecks Entscheidung über das Vorliegen einer manifester Lues geschickt wurde, die Blutuntersuchung unterlassen wird, und sich entgegen der Ansicht der Fachargtes die Diagnose doch als Syphilis erweist ?), par C. Brunhs. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 25, 24 juin 1933, p. 883.

Une dame, qui se plaint de la gorge, est envoyée à un spécialiste pour savoir s'il ne s'agissait pas de syphilis. Après recherche de spirochètes négative (et sans mention de fuso-spirilles !), le spécialiste conclut à l'existence d'une angine de Vincent et ne fait pas l'examen sérologique, qu'il renvoie à quelque temps. Quelques semaines après, les signes cliniques persistant, la malade consulte un autre spécialiste qui pose le diagnostic de syphilis, confirmé par la sérologie. Le mari refuse de payer les honoraires du premier spécialiste, sous prétexte de faute professionnelle. B. discute, pour la rejeter, cette opinion, car erreur de diagnostic ne signifie pas faute professionnelle.

L. Chatellier.

Stigmates professionnels des poseurs de glaces, horlogers, coiffeurs et manœuvres (Berufskennzeichen bei Glassetzern, Uhrmachern, Friseuren und Taglöhnern), par H. Miezecki. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 25, 24 juin 1933, p. 871, 8 fig.

Chez les poseurs de glaces, paumes et face palmaire des doigts montrent une coloration gris noirâtre, tantôt diffuse, tantôt punctiforme ; au niveau de la dernière phalange du 5ᵉ doigt, il existe des cicatrices superficielles et, sur le pouce et la phalangine du second doigt, des villosités, en général diffuses. La paume est aussi le siège d'une callosité linéaire qui est provoquée par la pression de la glace lors de sa pose.

Chez les horlogers, outre l'épaississement de l'ongle du pouce droit, on constate une hyperkératose diffuse de la 2ᵉ phalange des deux pouces et du bord cubital de la 2ᵉ phalange des index. Les paupières de l'œil droit présentent en outre deux plis marqués par la loupe oculaire dont ils se servent constamment.

Chez les coiffeurs, il existe une callosité causée par les ciseaux, une coloration spéciale de la peau et une hyperkératose sur le pouce et l'index de la main droite.

Quant aux manœuvres, leurs stigmates professionnels varient d'intensité et de siège selon leur travail : paumes, éminences hypothénar, tête des métacarpiens, et plis de flexion des phalanges.

L. Chatellier.

Le traitement du psoriasis par les bains sodiques (Die Behandlung der Psoriasis bei Sodabädern), par O. Steiner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 26, 30 juin 1933, p. 909.

La soude de Leblanc est un composé où, à côté du carbonate de soude pur, il existe des impuretés sous forme de sulfate de soude (qui dans l'eau se dissocie en Na et SO^4), de chlorure de Na et de petites quantités de sulfure de Na, de sulfite, d'hyposulfite et de silicate de Na et enfin d'oxyde ferrique.

On sait que l'acide urique est en excès dans les squames. Le bain de soude favorise la desquamation et améliore le métabolisme cutané. Pour les psoriasis aigus, 400 grammes de soude ; pour les formes chroniques, 250 grammes, dans 250 litres d'eau. Au début, la température du bain doit être de 32°5, puis elle est portée au bout de 10 minutes et progressivement jusqu'à 40° ; la durée ne doit pas être inférieure à 30 minutes. Répéter le bain tous les 2 jours. Il faut surveiller les réactions individuelles. Le bain dessèche souvent la peau : avoir soin d'appliquer un corps gras, surtout aux endroits soumis au frottement : cou, aisselles, etc... L. Chatellier.

Nos recherches personnelles chez les boulangers (Unsere Eignungsprüfungen für den Bäckerberuf), par Erna Zitzke. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 26, 30 juin 1933, p. 915.

L'eczéma des boulangers est sûrement une dermatose allergique, difficile à guérir et nécessitant le changement de métier du malade. Z. a cherché à déterminer les prédispositions des apprentis boulangers. L'auteur recherche : 1° la sensibilité aux extraits de squames (squames d'eczéma, squames de psoriasis, squames de peau normale) ; 2° la sensibilité au son de seigle pur, à la farine de seigle pure, à la farine de blé pure, à la farine de blé additionnée de persulfate d'ammoniaque ; 3° la sensibilité au persulfate de NH^4, à un mélange de phosphate de Ca et de bromate de K à parties égales. Ces extraits divers, au taux de 1 o/o, sont injectés dans le derme à la dose de 0 cc. 05. On mesure l'intensité et la largeur de la réaction locale. Sur 92 apprentis, il y eut 72 réactions négatives à tous les extraits, et 16 réactions positives soit aux extraits de squames, soit aux différentes farines, soit au persulfate. Ces 16 apprentis ont été détournés du métier.

L. Chatellier.

Brûlures par l'acide chlorosulfoné comme accidents dans l'industrie (Chlorsulfonsäureverätzungen als Unfälle in der Industrie), par L. Arzt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXVII, n° 27, 8 juillet 1933, p. 995, 1 fig.

Les brûlures par l'acide chlorosulfoné sont rares. A. en rapporte 3 cas observés en 10 ans, chez les ouvriers d'une usine de saccharine. La causticité de cet acide est due à la formation, par hydratation, d'acide chlorhydrique et d'acide sulfurique. Il faut donc ranger l'acide chlorosulfoné parmi les corps dangereux. L. Chatellier.

Ulcérations trophoneurotiques avec altérations graves des os (Trophoneurotische Geschwüre mit schwerer Knochenzerstörung), par W. Kerl. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 27, 8 juillet 1933, p. 998, 3 fig.

Un ancien blessé (jambe gauche) présente sur les orteils des deux pieds des ulcérations persistant depuis plusieurs années, avec cicatrices, destruction (radiographie) des phalanges et altérations notables des métatarsiens. Diagnostic très difficile : maladie de Raynaud, syringomyélie, etc... ?

Ch. Audry.

Sur la vulvite chronique hémorragique (Ueber die chronische hämorrhagische Vulvitis (Lipschütz), par L. Kumer. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 27, 8 juillet 1933, p. 1002, 1 fig.

K. a observé 5 cas de cet état hémorragique de la vulve décrit par Lipschütz (et bien avant lui en France à propos des vulvites de défloration. N. d. T.). Il insiste sur la chronicité de la lésion qui consiste en petites érosions hémorragiques disséminées sur la face interne de la muqueuse vulvaire. On ne sait absolument rien de l'étiologie qui n'a rien de vénérien, ni de mécanique (?) et que K. rapporte à une disposition spéciale de la muqueuse. Ch. Audry.

Erythème circiné tertiaire et sclérose redux (Tertiär circinäres Erythem bei Sklerosis redux), par Matzenauer. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 27, 8 juillet 1933, p. 1005.

Syphilis en 1917 (homme) bien traitée. En 1927, chancre *redux* du repli du prépuce sans adénite, ni spirochètes, et avec une réaction de Wassermann négative. Après trois injections de néosalvarsan, apparition d'un érythème circiné, d'une réaction de Wassermann positive. Continuation du traitement. Guérison. Ch. Audry.

Sur les nodosités juxta-articulaires (Jeanselme) (Zur Kenntnis der juxtaartikulären Knotenbildung (Jeanselme), par G. Nobl. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 27, 8 juillet 1933, p. 1008, 1 fig.

N. rappelle que la première description en est due à Bertin (La Guadeloupe). Dans les deux cas de N., il s'agit non de forme tropicale, mais de syphilis ancienne. Ch. Audry.

Sur deux maladies professionnelles de l'ongle chez les charcutiers (Ueber zwei eigenartige gewerbliche Nagelerkrankungen bei Selchern), par M. Oppeinheim. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 27, 8 juillet 1933, p. 1012, 2 fig.

En 1910, O. avait décrit sous le nom d'onycholysis partielle semilunaire et trapézoïde, une lésion traumatique de l'ongle, se traduisant par un décollement de l'ongle et du lit, sans altération ni de l'un ni de l'autre, décollement semi-lunaire ou trapézoïde. Cette lésion unguéale se voit chez les blanchisseuses. Depuis, on a décrit cette lésion dans d'autres professions. O. l'a rencontrée chez un charcutier qui détruisait

les poils des pieds de porcs avec une solution chaude de soude (comme les blanchisseuses). Chez un autre charcutier, O. a rencontré une lésion unguéale, caractérisée par une coloration foncée de l'ongle, des plis longitudinaux profonds et, sur un doigt, un léger décollement de l'ongle. Cette lésion est provoquée par l'accumulation sous l'ongle de fragments de soie de porc, véritables corps étrangers irritants. La main droite est plus atteinte que l'autre. L. CHATELLIER.

Sur l'état physico-chimique de la graisse de la surface cutanée (Ueber den physikalisch-chemischen Zustand des Fettes der Hautoberfläche), par A. PERUTZ et B. LUSTIG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 27, 8 juillet 1933, p. 1016.

Les auteurs ont étudié la graisse superficielle de la peau par le pouvoir conducteur de cette graisse, sa colorabilité par les couleurs hydro-solubles ou lipo-solubles, par le microscope à polarisation. La graisse cutanée ne laisse pas passer le courant électrique, donc il n'y a pas d'émulsion, soit d'eau dans la graisse, soit de graisse dans l'eau. Les divers procédés de coloration montrent une absence totale d'eau. Dans la graisse, on trouve des débris cellulaires. On y trouve aussi la graisse sous forme de globules arrondis, bien délimités, qui disparaissent par le chauffage. Pas de structure cristalline. La sueur se voit, à côté de la graisse, sous forme de fines gouttelettes. Dans la séborrhée grave, on voit en outre de fines gouttelettes graisseuses de forme changeante. L. CHATELLIER.

Exanthème pustuleux et morbilliforme après administration de mélubrine (Pustüloses zum Teil blatternähnliches Exanthem nach Melubringabe), par G. SCHERBER. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 27, 8 juillet 1933, p. 1017.

L'éruption, accompagnée de céphalée, de frissons, de fièvre, survient chez un homme de 61 ans, atteint de néphrite, qui avait absorbé en 10 jours 20 tablettes de 0,05 de mélubrine. Elle s'accompagna d'une exacerbation considérable et d'ailleurs passagère de l'albuminurie antérieure. CH. AUDRY.

Le cancer d'origine professionnelle et la question générale du cancer (Beruflich industriellenstendene Blastombildung und allgemeine Krebsforschung), par K. ULLMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 27, 8 juillet 1933, p. 1018.

Dans cette intéressante revue générale, U. passe en revue les industries diverses (du charbon, du goudron, de l'arsenic, de l'aniline), où les ouvriers sont souvent atteints de lésions précancéreuses ou cancéreuses (cancer épithélial ou sarcome) et il rapproche les constatations cliniques des faits expérimentaux, pour montrer toute la complexité et toute la difficulté du problème. L. CHATELLIER.

Sur l'ultra-virus tuberculeux (Zur Frage des ultravirus der Tuberkulbazillus), par R. Volk. *Dermatologische Wochenschrift*, 8 juillet 1933, p. 1031.

V. résume les nombreuses recherches sur la question du virus tuberculeux filtrant, invisible, etc. Il ne prend pas parti (Bibliographie).

Ch. Audry.

Keratosis spinulosa et pseudo pelade (Brocq) (Keratosis spinulosa und Pseudopelade (Brocq) Kasuistischer Beiträg), par J. Unterkircher. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 27, 8 juillet 1933, p. 1026, 2 fig.

I. — Chez un homme de 53 ans, alopécie pseudo-peladique datant de 20 ans, associée à un *lichen spinolosus* des flancs, du ventre, des cuisses, etc. En certains points, les nodules spinulosiques se sont agglutinés en nodules polygonaux d'un brun bleuâtre, comparables à des efflorescences de lichen plan, faiblement prurigineuses. L'éruption était sensiblement améliorée au bout d'un an (arsenic, cholécystite fébrile).

II. — Un homme de 35 ans, porteur d'un *lichen spinulosus* présenta au bout de quelques mois des taches de pseudo-pelade.

La question se pose des rapports qui peuvent être établis ici (comme en d'autres cas) entre le *lichen spinulosus* et le lichen plan, et entre la lésion de la peau et les altérations pseudo-peladiques. La biopsie n'était pas péremptoire, mais n'excluait pas l'hypothèse d'un lichen plan. A noter que dans le premier cas, il y avait une dysfonction testiculaire (interférométrique).

Ch. Audry.

Sur la question du saccharomyces hominis de Benedek (Zur Frage des Schizosaccharomyces hominis Benedek), par O. Backafen. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 28, 15 juillet 1933.

Le saccharomyces de Benedek est, d'après Kruse, une bactérie (*bacillus megatherium hominis*) et B., qui l'a recherché dans 45 cas de dermatoses diverses (psoriasis, eczémas divers, pityriasis rosé, etc.), n'a jamais pu réussir à l'isoler. B. n'y croit pas.

Ch. Audry.

Sur la bacillémie dans la tuberculose cutanée (Zur Frage der Tuberkulbazillämie bei der Hauttuberkulose), par L. Bernholdt. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 28, 15 juillet 1933, p. 1056.

Échec de la culture du bacille de Koch d'après la méthode de Löwenstein dans 60 cas variés de tuberculose cutanée.

Ch. Audry.

Sur l'identité de l'adénome sébacé, de la maladie de Recklinghausen et de la fibromatose sous-onguéale (Zur Frage der Identität von Adenoma Sebaceum, Morbus Recklinghausen und Fibromatosis subonguealis), par Snokow. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 28, 15 juillet 1933, p. 1061.

Après un bref rappel des données antérieures relatives à l'adénome symétrique sébacé de la face et à ses différentes formes, E. donne l'observation d'un syphilitique secondaire de 24 ans, porteur d'adénome sébacé symétrique de la face, de fibromes sous-onguéaux et de lésions multiples de la peau relevant de la neuro-fibromatose. On a déjà signalé

les rapports de l'adénome symétrique et de la maladie de Recklinghausen. E. pense qu'il n'en est qu'une forme (association des deux maladies, genèse identique, formes cliniques et histologiques semblables).

Quant à la fibromatose sous-onguéale, il en est de même ; elle appartient à la maladie de Recklinghausen et ne représente pas un type morbide. Ch. Audry.

Sur l'emploi de la douche filiforme en dermatologie et sur les avantages d'un nouvel appareil (Ueber die Anwendung der Fadendusche in der Dermatologie und über die Vorteile eines neuen Apparates), par M. Monacelli. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 28, 15 juillet 1933, p. 1064, 1 fig.

M. donne la description d'un nouvel appareil construit par Peli, appareil peu encombrant et facile à manier et régler, qui permet de réaliser la douche filiforme. A ce propos, M. rappelle les principales indications de ce procédé thérapeutique : lupus vulgaire, acné et rosacée, neuro-dermite circonscrite, pelade, etc.

L. Chatellier.

Sur la critique de la thérapeutique dermatologique : Acné vulgaire et radiothérapie (Beiträge zur Kritik der dermatologischen Therapie : Acne vulgaris und Röntgenbestrahlung), par K. Polano. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 28, 15 juillet 1933, p. 1070.

Pour vérifier les assertions courantes dans la littérature dermatologique sur la radiothérapie de l'acné, P. a traité 36 malades atteints d'acné vulgaire de la façon suivante : sur le côté gauche, savon vert ou badigeonnages résorcinés et salicylés ; sur le côté droit, radiothérapie aux doses suivantes : 2 séries de 4 irradiations de 100 r. avec 1/2 millimètre AL et 100 K. V. S., chaque irradiation est séparée de la précédente par un repos de 10 jours, et chaque série à 3-4 mois d'intervalle. Chez aucun des malades, P. n'a constaté une amélioration supérieure à celle du côté gauche, ni une guérison plus durable. Les résultats obtenus par Niles l'ont été avec des doses très élevées (1.050 r. en 3 mois 1/2 !). L. Chatellier.

Sur la dermatochalasis avec remarques sur sa pathogénie et ses rapports avec la dermite atrophiante progressive (Ueber Dermatochalasis (Schlaffhaut) mit besonderer Berücksichtigung ihrer Pathogenese und Beziehungen zur Dermatosis atrophicans progressiva), par H. Fuhs. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 29, 22 juillet 1933, p. 1099, 6 fig.

F. rapporte cinq nouvelles observations cliniques de dermatochalasis, affection rare ; dans 3 cas, examen histologique. Sur ces 5 malades, on constatait l'existence d'une dermatite atrophiante progressive. De l'étude qu'il a faite de ces cas et des cas antérieurs, il semble prématuré à F. de réunir la dermatochalasis à la dermatite atrophiante ou même aux atrophies cutanées en général ; il est préférable de lui laisser son individualité, jusqu'à nouvel ordre. L. Chatellier.

Un traitement des pertes blanches par la lumière (Versuch einer Lichttherapie der Fluor albus), par O. Berger. *Dermatologische Wochenschrift*, nº 28, 15 juillet 1933, p. 1072.

B. rappelle d'abord les recherches antérieures sur le rôle de l'acidité dans la pullulation de la flore vaginale ; en outre, certains auteurs ont utilisé avec succès l'action des rayons ultraviolets. B. a fait construire une lampe froide de quartz, de forme spéciale, adaptée au traitement des lésions vaginales. Il a obtenu 12 succès complets sur 33 cas, et 5 améliorations notables. Ch. Audry.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Sur la clinique de l'Erythème infectieux (Beitrag zur Klinik des Erythema infectiosum), par J. Zikowsky. *Wener Klinische Wochenschrift*, nº 33, 7 juillet 1933, p. 843.

Il s'agit d'un érythème épidermique à grosses taches, annulaires, plus ou moins scarlatiniforme, qui a été signalé pour la première fois à Gratz par Tschamer en 1886 et qui, depuis ce temps-là, a été plusieurs fois étudié en Autriche et plus rarement en Suisse, et en France par le seul Moussous (la cinquième maladie dans la nomenclature française, mégalérythème épidémique, etc.).

La maladie débute par des taches rouges sur les joues, au-dessous des orbites, puis vers le nez et autour de la bouche ; puis surviennent quelques taches sur les bras et les cuisses, qui s'étendent et finissent par confluer, mais respectent habituellement les pieds et les mains. La rougeur s'efface au centre et s'étend en forme d'anneaux érythémateux. Peu ou pas de fièvre, parfois un peu de rhinite et de conjonctivite ; adénites fréquentes ; jamais d'albuminurie. Durée de 2 à 20 jours. L'épidémie décrite par Z. portait sur 73 enfants, a débuté en janvier, pour atteindre son acmé en mars. Leucocytose neutrophile assez intense, vive et passagère ; éosinophilie au début. Ch. Audry.

Bruxelles Médical.

Déséquilibres humoraux et dermatoses par choc émotif, par C. Joltrain. *Bruxelles Médical*, 13e année, nº 35, 2 juillet 1933, p. 970.

L'auteur, avec Widal, Abrami et Brissaud, a montré que l'urticaire, l'asthme étaient d'origine anaphylactique, et que les manifestations cliniques étaient précédées par un choc humoral. J. passe en revue les observations dans lesquelles une manifestation cutanée est apparue à la suite d'une émotion. De leur étude et de ses recherches, il conclut que l'émotion provoque dans l'organisme une crise hémoclasique, c'est-à-dire un brusque déséquilibre sanguin susceptible de jouer un rôle dans la pathogénie de dermatoses, d'affections du cuir chevelu (canitie).

H. Rabeau.

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec.

Tuberculose et syphilis cutanées, par E. Gaumond. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, mai 1933, n° 5, pp. 153-161.

Présentation avec observations détaillées d'une femme atteinte de lupus très étendu et d'une autre ayant fait de multiples gommes syphilitiques. A. Bocage.

Physiothérapie du lupus tuberculeux, par J. Gosselin. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, mai 1933, n° 5, p. 162.

Brève revue générale (avec courte bibliographie) des traitements employés : les préférences de l'auteur vont à la diathermo-coagulation, à la finsenthérapie aidée au besoin de radiothérapie à doses faibles et espacées. A. Bocage.

Quelques accidents de l'aurothérapie, par. R. Desmeules *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, n° 6, juin 1933, pp. 173-174.

L'auteur trouve exagéré l'enthousiasme tardif de la presse médicale française pour l'aurothérapie de la tuberculose pulmonaire. Après avoir traité 155 malades avec des doses modérées, il est frappé de l'absence d'innocuité de cette médication chez un grand nombre de sujets. 30 o/o de ses malades ont eu une diarrhée prolongée obligeant à abandonner le traitement. 5 o/o d'albuminurie, une seule fois passagère, les autres fois persistante. 5 o/o d'accidents cutanéo-muqueux, toujours prurigineux : un cas de stomatite avec érythrodermie exfoliatrice présente encore des lésions cutanées étendues avec pigmentation lilas mauve de Cardis et Malinski quatre mois après l'arrêt de la médication aurique. A. Bocage.

Actas dermo-sifiliograficas (Madrid).

Epithéliomas multiples primitifs de la peau (Epiteliomas múltiples primitivos de la piel), par L. Chatellier et J. Gadrat. *Actas dermo-sifiliograficas*, 25e année, n° 9, juin 1933, p. 765

Les épithéliomas multiples de la peau peuvent être *secondaires* (métastase d'un cancer viscéral) ou *autochtones*. Ces derniers se divisent en *épithéliomas primaires « préparés »* (Petersen), développés aux dépens de lésions cutanées préexistantes (xéroderma, verrues séniles, lupus, etc.) et en *épithéliomas multiples primitifs véritables* ou d'*emblée*. C. et G. limitent leur étude à cette seconde variété. Une observation personnelle, rapprochée des publications antérieures, leur permet de faire une mise au point de la question.

Les épithéliomas multiples primitifs se caractérisent essentiellement

par leur grand nombre, par leur développement très lent, par leur bénignité clinique et par leur structure baso-cellulaire.

Ils sont nettement distincts de la *maladie de Bowen* avec laquelle plusieurs auteurs les confondent encore. Ils se présentent le plus souvent sous la forme de taches ou de plaques disséminées sur toute la surface du corps et répondent essentiellement aux variétés décrites par Little sous le nom d'*épithélioma bénin érythématoïde* (éléments superficiels, rosés) et par Darier sous celui d'*épithélioma pagétoïde* (éléments croûteux, érosifs, bordés d'un ourlet très fin).

D'après C. et G., à côté de ce type clinique habituel doit prendre place une *forme tumorale* (éléments saillants de dimensions variables coexistant avec les taches).

Ils se rangent à l'opinion qui fait dériver les tumeurs cutanées multiples primitives des gaines épithéliales des poils ou des canaux excréteurs des glandes sudoripares. Sur une de leurs coupes, la prolifération néoplasique se faisait aux dépens d'un poil follet mal développé et à peine reconnaissable. Ils admettent, avec la plupart des auteurs, la théorie nævique, l'origine embryonnaire de ces épithéliomas multiples.

J. MARGAROT.

Maladie de Bowen (Enfermedad de Bowen), par A. NAVARRO MARTIN et C. AGUILERA MARURI. *Actas dermo-sifiliograficas*, 25e année, n° 9, juin 1933, p. 781.

Un cas personnel sert de point de départ à une étude critique de la maladie de Bowen. N. M. et A. G. rappellent la morphologie clinique et microscopique des disques lenticulaires ou nummulaires. Leurs aspects différents (formes papulo-squameuse habituelle, papulo-croûteuse ou hypertrophique, atrophique ou pseudo-cicatricielle, exsudative ou macérée) répondent vraisemblablement à diverses phases évolutives d'une même lésion.

L'examen histologique met en évidence dans le cas particulier des auteurs des altérations caractéristiques.

Le corps muqueux de Malpighi, très épaissi, est entièrement désorganisé. On trouve de nombreuses cellules basales jusqu'à la partie moyenne de cette couche. Le protoplasme des cellules épineuses paraît comme étiré vers la profondeur avec des filaments très robustes. Des thèques de cellules dyskératosiques occupent la partie supérieure de l'épiderme. On voit dans la partie du corps de Malpighi sous-jacente à la granuleuse des zones entourées de cellules épineuses typiques et constituées par des groupes de grandes cellules claires dont le noyau est plus ou moins altéré et dont le protoplasme renferme des grains argentophiles.

L'aspect histologique des lésions permet à N. M. et à A. M. de les considérer comme les altérations initiales de la maladie de Bowen. On ne saurait nier la participation des cellules de la couche basale à cette première phase du processus. Les altérations de l'appareil réticulaire

des cellules malpighiennes leur paraissent secondaires à l' « atopie » des cellules basales.

La maladie de Bowen, comme celle de Paget, doit-elle être considérée comme une affection précancéreuse ou comme une affection cancéreuse d'emblée, ainsi que l'admet l'école italienne ? Tout dépend du sens donné au concept de malignité. Si le désordre épithélial suffit pour qu'on puisse l'affirmer, on peut conclure à un cancer initial ; mais il n'en est plus ainsi si la malignité nécessite l'infiltration et l'invasion des éléments cellulaires dans la profondeur.

Comme Rousset, les auteurs notent la prédilection des lésions pour les follicules pilo-sébacés, mais dans quelques-unes de leurs préparations seulement. Ils ne peuvent affirmer si leur siège en ces points est primitif ou secondaire. Aucune preuve ne peut être donnée de la participation initiale du follicule pilo-sébacé au processus.

J. Margarot.

Sur les myxomes cutanés (Sobre los mixomas cutáneos), par J. S. Covisa et J. Bejarano. *Actas dermo-sifiliograficas*, 25e année, no 9, juin 1933, p. 796.

C. et B. ont observé deux cas de myxomes cutanés. Ces tumeurs, d'une extrême rareté, occupaient chez un malade la lèvre supérieure et chez l'autre la région malaire droite.

De siège dermique, elles étaient de consistance molle et présentaient des lobulations en rapport avec des masses tumorales encapsulées.

La morphologie macroscopique ne suffit pas, en général, à caractériser les myxomes. Par contre, leur étude histologique ne permet aucune confusion.

On trouve sous l'épiderme, dont la sépare une mince couche de tissu conjonctif, une substance fondamentale d'aspect mucoïde ou gélatineux dans laquelle se détachent en plus ou moins grande abondance des éléments cellulaires de différentes formes.

Les uns sont constitués par des cellules migratrices dans lesquelles prédominent les lymphocytes ou parfois les polynucléaires. Les autres répondent aux éléments propres de la tumeur. Ce sont des cellules fusiformes ou étoilées avec de fins prolongements qui les mettent en contact. Elles ressemblent à des cellules pigmentaires et se colorent facilement par l'imprégnation argentique.

La substance fondamentale présente les réactions de la mucine.

La tumeur est très vascularisée et peut même réaliser le type de myxome caverneux.

J. Margarot.

Contribution à l'étude d'un nouveau traitement du psoriasis (Contribución al estudio de un nuevo tratamiento del psoriasis), par Barrio de Medina et Cano Santoyano. *Actas dermo-sifiliograficas*, 25e année, no 9, juin 1933, p. 893.

Le traitement du psoriasis par les squames n'a donné dans aucun cas un résultat rapide et brillant, quelle qu'ait été la technique employée

pour préparer l'émulsion (suspension dans l'alcool ou dans le sérum physiologique).

Des améliorations ont été notées chez quelques malades. Chez d'autres, l'échec a été complet. Dans un cas, une évolution favorable immédiate a été sans lendemain.

Malgré quelques réactions locales, la tolérance est en général parfaite.

Les auteurs ne peuvent apporter un jugement définitif sur la méthode, mais ne cachent pas leur pessimisme. Le traitement du psoriasis par les squames peut être utile lorsqu'on l'associe à une cure locale par l'acide pyrogallique et le goudron. Il ne saurait se substituer entièrement aux autres moyens thérapeutiques. J. MARGAROT.

Syphilitique tertiaire arséno et bismutho-résistant (Sifilitico terciaro arseno y bismutorresistante), par ENRIQUE ALVAREZ SAINZ DE AJA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 9, juin 1933, p. 810.

C'est intentionnellement que l'auteur écrit « syphilitique » et non syphilis arséno et bismutho-résistante, tellement l'importance du terrain lui paraît dominer en pareil cas la virulence du germe.

Une syphilis, traitée au moment de son apparition par quelques injections d'huile grise et de néosalvarsan, reste latente pendant 15 ans. Une gomme du prépuce apparaît après ce laps de temps. Un traitement intensif n'empêche ni la phadégénisation, ni l'apparition de gommes de sièges divers. 29 injections de néosalvarsan, 32 injections de bismuth et 10 injections de cyanure de mercure, associées à l'administration d'iodure de potassium et de bi-iodure de mercure ne permettent d'obtenir que la cicatrisation de quelques gommes. Les autres persistent. Les réactions sérologiques sont toujours fortement positives.

Il ne s'agissait pas d'une syphilis grave, virulente. Sa latence pendant 15 ans est très démonstrative à cet égard. On se trouvait en présence d'un organisme incapable d'utiliser l'arsenic et le bismuth. Deux injections de calomel (o gr. 14 au total) associées à l'iodure de potassium et suivies d'une nouvelle série de néosalvarsan, ont donné une guérison rapide. J. MARGAROT.

Le diagnostic sérologique de la syphilis par la réaction de Kolmer (El diagnóstico serológico de la sifilis par la reaccion de Kolmer), par M. HOMBRIA et L. VALLEJO. *Actas dermo-sifiliograficas*, 25e année, n° 9, juin 1933, p. 815.

D'après Kolmer et ses collaborateurs, la méthode qu'ils ont fixée pour le diagnostic sérologique de la syphilis présente une rigoureuse spécificité. Elle ne donnerait de résultats positifs ni dans le pian, ni dans la lèpre, ni dans aucune autre affection. H. et V. passent rapidement en revue les détails de la technique de la réaction et apportent les résultats qu'ils ont obtenus avec 735 sérums, appartenant à 204 syphilitiques et à 531 sujets sains ou atteints d'affections diverses autres que la syphilis.

Ces résultats sont supérieurs à ceux que donnent les techniques habituelles, mais la sensibilité de la réaction est inférieure à celle des méthodes modernes de floculation. Enfin, elle s'est montrée positive chez des lépreux qui n'étaient manifestement pas syphilitiques.

L'extrême méticulosité des manipulations, le matériel et le temps qu'elle exige ne permettent guère de la pratiquer d'une façon habituelle. J. MARGAROT.

Note brève sur la méthode de Laurie dans le traitement des verrues (Nota breve sobre el metodo de Lurie en el tratamiento de las verrugas), par E. RIVAS CABALLO et S. GALLEGO CALATAYUD. *Actas dermo-sifiliograficas*, 25e année, n° 9, juin 1933, p. 819.

D'après Laurie, des injections intramusculaires de salicylate de bismuth feraient disparaître rapidement les diverses verrues. Les verrues plantaires seraient celles qui répondraient le plus facilement au traitement. Celles du rebord unguéal seraient les plus résistantes.

R. C. et G. C., utilisant la technique de cet auteur dans plusieurs cas, n'ont pas noté la moindre amélioration.

J. MARGAROT.

Contribution à l'étude des manifestations cutanées de l'intoxication bromique (Contribución al estudio de las manifestaciones cutáneas de la intoxication bromica), par E. RIVAS CABALLO. *Actas dermo-sifiliograficas*, 25e année, n° 9, juin 1933, p. 821.

R. B. passe en revue les nombreux travaux qui ont paru sur le bromisme cutané. Il complète une importante bibliographie par un cas personnel.

Un nourrisson de 6 mois, dont la mère prend une potion bromurée contre la toux présente des bromides végétantes. Le brome peut être mis en évidence dans l'urine. L'administration d'eau seconde de chaux et des injections sous-cutanées de sérum physiologique améliorent l'état général. J. MARGAROT.

Il Dermosifilografo (Turin).

Observations sur les blastomes cutanés. II. Sur les épithéliomas secondaires, par MANGANOTTI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 7, juillet 1933, p. 333, 17 fig. Bibliographie.

Ce travail fait suite à un précédent mémoire, qui a été analysé ici précédemment, publié dans l'*Archivio Italiano*, où l'auteur avait étudié les épithéliomas cutanés en rapport avec le pronostic et la radiothérapie, étude qui portait sur 296 cas d'épithélioma cutané. Parmi ces 296 cas, il y en avait 13 qui présentaient cette particularité de s'être développés sur des dermatoses préexistantes et auxquels M. a consacré plus particulièrement cette étude, dont voici les conclusions :

Sur la peau altérée par les affections les plus diverses (granulomes, brûlures, pellagre, rhinophyma, psoriasis, etc...), pourvu qu'elles ten-

dent à se stabiliser ou à récidiver d'une manière répétée de manière à produire un état anormal des tissus, résultant de l'inflammation ou de cicatrices, des tumeurs peuvent apparaître. Leur pourcentage est très bas et est environ de 1 ou 2 o/o de tous les épithéliomas cutanés.

Le *facteur individuel* a une importance manifeste, puisque seule une faible partie des sujets (ouvriers atteints de dermatoses professionnelles, lupiques, brûlés, etc...) exposés aux mêmes causes habituellement ou exceptionnellement provocatrices de néoplasies, présente un blastome consécutif.

Un caractère commun de ces formes est le *temps de latence* prolongé qui s'écoule entre l'apparition de l'affection cutanée et le début du néoplasme (8 à 38 ans dans les cas de l'auteur, 2 à 66 ans dans les cas de la littérature). Par conséquent, l'âge d'apparition de la tumeur est variable, puisqu'il dépend de l'époque d'apparition de la dermatose : plus celle-ci se manifeste précocement, plus sera jeune l'âge d'apparition de la tumeur.

Pas plus que l'âge, le *sexe* n'a une influence quelconque sur la durée de la période de latence.

Au point de vue de l'étiologie, il semble que les irradiations (rayons X, radium), de même que d'autres excitants occasionnels, n'ont pas toujours le pouvoir de les provoquer, puisque nombreux sont les cas dans lesquels ces facteurs ne sont pas intervenus (5 fois sur les 13 cas de l'auteur). Il apparaît vraisemblable au contraire que, aussi bien les radiations que d'autres facteurs (traumatismes par exemple) peuvent exercer une *action déchaînante* sur des peaux précédemment altérées et dans lesquelles les tissus se trouvent en état de *malignité potentielle*, faisant apparaître un néoplasme qui, chez ce sujet prédisposé, serait très probablement apparu quand même, peut-être après un temps de latence plus prolongé.

La *recherche histologique* a démontré que, dans la très grande majorité des cas, les épithéliomas secondaires revêtent le type spino-cellulaire (11 cas sur les 13 de l'auteur), mais elle n'a cependant révélé dans leurs caractères de structure rien de spécial qui puisse permettre de constituer un groupe à part.

L'affection cutanée qui a précédé et qui peut d'ailleurs encore être en activité dans le cas de granulomes, et accompagner la tumeur, ne l'influence pas dans sa structure et ne lui fournit pas de cellules typiques (cellules épithélioïdes, cellules géantes, cellules du rhinosclérome et semblables ne se mêlent jamais à la charpente du blastome, mais demeurent seulement dans le tissu environnant).

Par contre, les cas étudiés ont fait ressortir d'une manière constante les caractères de *malignité*. Ceux-ci sont, en substance, pour la *partie épithéliale :* cellules très différentes les unes des autres par leurs dimensions et par leur forme, avec des noyaux très différents entre eux par leur volume et leurs caractères de coloration ; mitoses abon-

dantes et le plus souvent atypiques ; en conséquence, fréquents éléments monstrueux et gigantesques, perles peu nombreuses, petites, nettement para-éléidosiques et dégénérées. Pour la *partie mésenchymateuse* : réaction à type lymphomonocytaire ; stroma collagène rare et dégénéré ; fibres élastiques en petite quantité et altérées, fibrilles argentophiles à trame adénoïde raréfiées, souvent fragmentées, spiralées, en voie de dégénérescence hyaline.

L'ensemble de ces caractères constitue la physionomie particulière des tumeurs secondaires, mais elle ne permet en aucune manière de les distinguer des autres blastomes, ceux-ci présentant également des signes semblables qui se rencontrent avec une fréquence particulière, entre autres dans les localisations génitales et buccales.

C'est plutôt dans le type de leur malignité que ces formes se caractérisent, puisque celle-ci est spécialement *locale* et qu'elle n'est presque jamais représentée par des expressions générales (métastase, cachexie, etc...). Ce sont en effet les tissus, lésés par l'affection antérieure et éventuellement aussi par les pratiques thérapeutiques, qui s'opposent, mal ou insuffisamment, à la progression du blastome.

Ces tissus, en outre, offrent des difficultés particulières au traitement, en particulier au traitement radiothérapique, parce que l'écart de sensibilité est moindre de celui qui existe normalement entre les tissus sains et les tissus néoplasiques.

Deux facteurs concourent donc à rendre grave le pronostic des épithéliomas secondaires : d'un côté, la physionomie histologique de malignité, de l'autre, les conditions amoindries des tissus sur lesquels ils se développent, qui font qu'elles peuvent persister et résister aux interventions thérapeutiques. BELGODERE.

Sur une tumeur perforant le palais et simulant une gomme syphilitique, par GIAN BATTISTA COTTINI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 7, juillet 1933, 3 fig. Bibliographie.

Observation d'une perforation du palais osseux survenue chez un homme de 72 ans et qui faisait au premier abord penser, naturellement, à une gomme syphilitique ; mais la réaction de Bordet-Wassermann était négative et il n'y avait pas d'antécédents. De sorte que le diagnostic dut être soumis à une discussion serrée, qui permit d'exclure facilement les divers processus toxiques ou infectieux, et les lésions ostéomyélitiques.

Le champ de la discussion se trouva donc limité à : tuberculose, syphilis, cancer. La tuberculose fut facilement éliminée, mais entre les deux autres hypothèses les arguments cliniques étaient insuffisants pour aboutir à une solution définitive. La difficulté fut tranchée par l'examen histologique qui, dans une première préparation, montra l'intégrité de l'épithélium, et, dans le derme, une infiltration typiquement néoplasique constituée par de grosses cellules très variables dans leur forme et leurs dimensions, avec des noyaux clairs vésiculeux, des

faits fréquents d'atypie nucléaire, de fréquents caryocinèses asymétriques. Ces cellules ne formaient que sur de rares points des cordons continus d'aspect carcinomateux, le plus souvent, au contraire, elles étaient réunies en petits groupes, et séparées par de minces filaments conjonctifs, de sorte que l'on pouvait hésiter entre un épithélioma et un sarcome polymorphe cellulaire. Mais une seconde préparation permit de mettre en évidence des bourgeons carcinomateux très nets.

L'examen radiologique du maxillaire supérieur fournit également des signes en faveur du cancer.

Ce cas est intéressant, non seulement au point de vue clinique, mais aussi au point de vue histologique, car ces caractères diffèrent de ceux que l'on rencontre habituellement dans les carcinomes de la peau et des muqueuses visibles, pour se rapprocher plutôt des caractères des cancers des muqueuses profondes, tels que ceux du poumon ou des bronches.

L'auteur pense que la tumeur qu'il vient d'étudier pourrait avoir son origine dans les premières voies respiratoires.

BELCODERE.

Sur un cas intéressant de syphilis ignorée (Gomme du sternum simulant un néoplasme), par ETTORE SOSCIA. *Il Dermosifilografo,* 7e année, n° 7, juillet 1933, p. 382, 2 fig.

Après quelques considérations générales sur l'importance et la fréquence de la syphilis ignorée, l'auteur rapporte l'observation d'un homme de 59 ans, atteint d'une tumeur grosse comme une noix au niveau des cartilages costaux, sous le sein. Anamnèse négative au point de vue de la syphilis, de même que les réactions sérologiques. L'examen radiologique ayant révélé de larges calcifications des cartilages costaux au niveau de la tumeur, on suspecta tout d'abord un chondro-sarcome.

Mais, entre temps, la tumeur s'ulcéra et l'ulcération avait tous les caractères d'une ulcération gommeuse, de sorte que l'on décida de tenter un traitement d'épreuve. Après la première injection arsenicale, la réaction de Bordet-Wassermann réactivée devint nettement positive, et le traitement poursuivi amena une guérison rapide. Un examen histologique confirma en outre le diagnostic de syphilis.

BELGODERE.

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

Le travail manuel et intellectuel pendant le traitement des affections cutanées et vénériennes pour les sujets hospitalisés, par P. E. MASLOFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* nos 11-12, novembre-décembre 1932, pp. 22-23.

L'auteur a transporté en dermato-vénéréologie les méthodes de traitement appliquées avec succès depuis longtemps en d'autres domaines,

par exemple, en psychiatrie, en léprologie, etc. On connaît la bienheureuse influence du travail rendu possible pour les malades traités pour des maladies d'évolution très longue, par exemple, les psychoses, la lèpre, le lupus, etc.

Depuis 1931, l'auteur applique aux malades syphilitiques le traitement combiné par la thérapeutique spécifique et le travail. A l'Institut Vénéréologique d'État, à Moscou, fonctionnent divers ateliers, tels que cordonnerie, lingerie, etc., pour des malades qui se sont occupés auparavant de ces métiers et qui peuvent les continuer à l'hôpital. Pour les malades intellectuels, il a également créé des ateliers de dessin, de peinture, etc.

Ces malades sont des syphilitiques en période active de leur affection ayant besoin d'être isolés pour ne pas infecter l'entourage. Grâce au travail, ils se sentent dans des conditions ordinaires de leur existence et ne s'accablent pas de pensées noires sur leur maladie. Dans la plupart des cas, ces malades robustes et désœuvrés demandent eux-mêmes du travail pour remplir leurs loisirs et ne pas s'adonner à une oisiveté inutile et nocive. BERMANN.

La diathermie comme méthode de traitement des maladies cutanées, par I. K. BÉLAKHOFF et S. N. KATZAROFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 11-12, novembre-décembre 1932, pp. 23-30.

Après avoir analysé l'action physiologique de la diathermie, les auteurs apportent leurs résultats obtenus par la méthode indirecte dans 210 cas d'affections cutanées variées, principalement dans différentes formes d'eczéma, dans la dermatite de Dühring et le lichen ruber plan. Les malades ne recevaient aucun traitement externe pendant la cure diathermique.

Les électrodes étaient en plomb de 1 millimètre d'épaisseur, leurs dimensions étaient de 15 centimètres sur 8, le courant était de 0,8 à 1 ampère, la durée de la séance de 10 à 15 minutes. Une des électrodes était toujours appliquée au niveau de la 7e vertèbre cervicale, l'autre soit au niveau des vertèbres thoraciques, soit au niveau des vertèbres lombaires, selon l'étendue du processus à influencer.

Les 6 à 7 premières séances étaient ordinairement quotidiennes. Après 2 à 3 séances, les malades remarquaient déjà une amélioration tant subjective qu'objective, mais après 6 à 7 séances, il y avait souvent une recrudescence qui disparaissait après 1 à 2 jours d'interruption du traitement. Les séances suivantes ne se faisaient que tous les 2 jours. La guérison survenait ordinairement au bout de 12 à 15 séances. Elle était plus rapidement obtenus en cas de localisation de la dermatose à la partie supérieure du thorax. Les processus localisés à la partie inférieure du thorax et surtout aux membres inférieurs ne cédaient que lentement et plus difficilement. Les éruptions eczémateuses aiguës ou subaiguës guérissaient ordinairement plus vite et sans laisser de traces que les éruptions chroniques, lichénifiées, infiltrées qui cédaient plus lentement et pas tout à fait complètement.

Si l'amélioration n'arrivait pas au bout de 4 à 5 séances, la diathermie était suspendue et remplacée par un autre traitement. Les malades hospitalisés s'amélioraient plus rapidement que ceux de la policlinique.

En somme, les malades étudiés par les auteurs étaient, dans la plupart des cas, des chroniques, à troubles endocrino-végétatifs, traités sans succès par divers agents médicamenteux et physiques avant la diathermie qui seule les a guéris dans la majorité des cas. Les auteurs préconisent vivement ce mode de traitement dans les cas d'eczéma suintant et rebelle. BERMANN.

L'examen des contacts, le patronage et leur rôle dans la lutte contre les affections vénériennes et cutanées, par I. S. DJENNTCHELSKY et Z. M. ROZAKOFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* nos 11-12, novembre-décembre 1932, pp. 14-21.

Sur 1.038 malades vénériens primaires venus consulter au dispensaire antivénérien de Dnépropétrovsk en 1931, on comptait 286 personnes mariées, soit 28 o/o. Pour les syphilitiques, le pourcentage des malades mariés était de 45 o/o, pour les blennorragiques, de 24. Le nombre des familles qu'il a été possible et rationnel d'examiner a été de 237 soit 82,5 o/o du chiffre total des mariés. Dans ces 237 familles, à part les malades primaires, il y avait encore 489 membres, soit 2,07 membres par famille. Les familles les plus nombreuses étaient celles comprenant des syphilitiques, les moins nombreuses des chancrelleux, ce qui explique, naturellement, par la longue durée de la syphilis et l'âge plus avancé des syphilitiques.

Les auteurs ont examiné 199 familles comptant 358 membres, donc 84 o/o des familles et 73,3 o/o de leurs membres. Ce sont les familles syphilitiques dont les auteurs ont vu le plus grand nombre de membres. Les malades ont été découverts dans 95 familles et chez 117 membres, soit dans 48 o/o des familles et 33 o/o des membres examinés. Les auteurs démontrent que les malades dépistés présentaient non seulement des formes chroniques ou latentes de maladie, mais aussi des formes aiguës. Comme d'habitude, la syphilis ignorée a été décelée le plus souvent chez des femmes.

Les auteurs concluent que les affections vénériennes se rencontrent fort souvent dans les familles des vénériens et que l'examen de ces familles est très important pour prévenir l'extension ou limiter les ravages de la maladie vénérienne. En cas de contagion déjà opérée, le patronage permet d'attirer la personne infectée au dispensaire dans le plus bref délai de temps. En même temps, la famille a l'occasion d'apprendre, par l'intermédiaire du personnel du dispensaire, les voies de propagation des maladies vénériennes, les moyens de s'en préserver et l'utilité d'un traitement précoce et régulier.

BERMANN.

Les antigènes complexes dans le séro-diagnostic de la syphilis, par O. W. Winogradowa. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 11-12, novembre-décembre 1932, pp. 48-57.

Après des considérations générales sur les antigènes employés dans le séro-diagnostic de la syphilis, l'auteur apporte ses recherches personnelles faites avec 13 séries d'antigènes complexes, 10 séries d'antigènes non spécifiques et 14 séries d'antigènes spécifiques.

La plupart des antigènes complexes (9 soit 69,2 o/o) ont présenté entre eux une discordance légère, mais constante, allant de 2,2 à 2,9 o/o.

Sur 13.370 sérums, 11.012 (82 o/o) ont été examinés avec des antigènes équivalents.

Les antigènes spécifiques montrent des discordances beaucoup plus larges et inconstantes, variant de 1,9 à 13,5 o/o. Les discordances des antigènes complexes avec ceux spécifiques et non spécifiques présentent aussi des variations larges et inconstantes.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn pratiquées chez des malades traités avec des antigènes spécifiques montrent une sensibilité non spécifique plus grande que les antigènes complexes. Les antigènes complexes donnent des résultats plus conformes à la clinique.

Les rapports des antigènes entre eux devraient donc servir de caractéristique obligatoire pour chaque antigène dans la même mesure que son titrage.

Les antigènes complexes employés dans la réaction de Bordet-Wassermann pour des cas de syphilis à tous les stades montrent très rapidement des résultats positifs. Ces mêmes antigènes permettent le mieux de suivre les oscillations de la réaction de Bordet-Wassermann par rapport du traitement spécifique employé.

Les recherches faites chez des personnes saines ou chez des femmes enceintes ont également prouvé que ce sont les antigènes complexes qui conviennent le mieux, surtout pour les réactions des sérums très labiles au cours de la grossesse. Bermann.

Un cas de tuberculose de l'urètre, par J I. Pewznère. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 11-12, novembre-décembre 1932, pp. 65-67.

Le malade de l'auteur est un gardien de 40 ans, sans antécédents tuberculeux ni syphilitiques. A l'âge de 22 ans, il a souffert d'une uréthrite blennorragique compliquée d'épididymite double.

La maladie actuelle a commencé par une tumeur du testicule droit presque indolore, survenue sans cause apparente et suivie, au bout de 2 mois, de mictions douloureuses et de sécrétions uréthrales. Le traitement antiblennorragique n'a donné aucun succès. Malgré les séro-réactions négatives du sang et du liquide céphalo-rachidien, le malade a été soumis au traitement antisyphilitique, mais sans être amélioré.

L'auteur a trouvé une induration de la moitié droite du méat uréthral avec érosion superficielle à l'entrée du canal ne contenant pas de spirochètes pâles. L'urèthre est induré. Ses sécrétions liquides montrent

des leucocytes, des cellules épithéliales et des diplocoques prenant le Gram ; les gonocoques font défaut. Les deux épididymes sont indurés, surtout à droite. Le canal déférent est également induré. La prostate est augmentée de volume et dure. La vésicule séminale gauche est dure, indolore, la droite ne se perçoit pas. Le suc prostatique contient 40 à 60 leucocytes par champ de vision. Le contenu de la vésicule séminale droite en renferme 15 à 20, celui de la droite en renferme énormément. Les spermatozoïdes ne se voient que dans le sperme de la vésicule séminale gauche. L'uréthroscopie montre une hyperémie de la muqueuse uréthrale, avec œdème et proliférations saignant facilement. La cystoscopie montre des papillomes de la muqueuse vésicale. La ponction de l'épididyme droit ne décèle pas de bacilles de la tuberculose. La biopsie de la lèvre droite indurée du méat uréthral montre des tubercules, entourés d'infiltration inflammatoire diffuse composée de cellules plasmatiques, avec mélange de lymphocytes et d'éosinophiles.

L'auteur conclut que le malade est atteint simultanément des processus blennorragique et tuberculeux de l'urèthre et de ses annexes, le processus gonococcique, étant plus ancien, se trouve le plus prononcé et le plus vaste, tandis que le processus tuberculeux qui s'y est associé est localisé à l'entrée de l'urèthre, ce qui est rare et intéressant.

BERMANN.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES FORMES CLINIQUES DU GRANULOME VÉNÉRIEN

Par le docteur M. HALTY
Professeur agrégé de la Faculté de Montévidéo.

Le granulome vénérien est une affection limitée exclusivement à la peau et aux muqueuses orificielles, formant des placards à évolution chronique, d'abord nodulaires, puis presque toujours ulcéreux et végétants, dont la tendance à la sclérose est très remarquable. Cette affection se limite initialement à la zone génitale, elle est auto-inoculable, probablement contagieuse et d'origine vénérienne.

Elle se comporte comme une affection *locale*. Elle ne donne lieu à aucun signe général ou toxique qui lui soit propre. Souvent, elle ne provoque même pas d'adénopathie régionale, et si dans certaines contrées, dans la nôtre, par exemple, les adénopathies sont moins exceptionnelles, elles sont dues sans doute à des associations microbiennes secondaires.

Elle ne s'accompagne d'aucune réaction sérologique spéciale et la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Le *liquide céphalo-rachidien* que nous avons pu examiner dans 6 cas était tout à fait normal, avec une quantité d'albumine inférieure à 0 gr. 20, une lymphocytose ne dépassant pas 1,2 par millimètre cube et ses réactions sérologiques étaient négatives.

Les *urines* sont normales dans les cas récents, et si plus tard elles sont un peu albumineuses, cela tient sans doute aux infections secondaires, facilement explicables sur des plaies si étendues.

Le *sang* conserve aussi ses caractères normaux pendant longtemps. A la période de cachexie, surtout si les hémorragies sont fréquentes, des signes d'anémie surviennent.

Toutes ces données qui témoignent du caractère local de

l'affection, sont confirmées par le résultat des autopsies qui ne révèlent aucune lésion viscérale. Dans un cas personnel, particulièrement instructif du fait de la mort accidentelle de la malade, nous avons pu constater l'intégrité parfaite de ses organes internes.

C'est à cause de ce caractère local, admis par tous les auteurs, que nous nous refusons à accepter comme une forme du granulome, l'affection observée à la Nouvelle-Guinée, qui comporte des localisations viscérales et nerveuses et des adénopathies suppurées. D'après les descriptions, les lésions cliniques externes sont analogues à celles qu'on constate dans le granulome, mais l'allure de la maladie est tellement différente que nous n'hésitons pas à la considérer comme une affection générale méconnue coexistant avec des lésions de granulome.

Cette affection étant éliminée, il reste encore 5 tableaux cliniques correspondant à des formes primitives de l'affection, qui n'ont pas été jusqu'ici suffisamment individualisés. Ces tableaux présentent comme traits communs : leur caractère exclusivement local, leur marche chronique, la même localisation génitale, des lésions anatomo-pathologiques analogues et leur régression sous l'influence des composés d'antimoine. Nous dirons aussi quelques mots des localisations muqueuses en faisant ressortir leur importance.

ÉTUDE CLINIQUE

A. — *Forme vulgaire, ulcéro-végétante* (fig. 1).

C'est la forme habituelle. Les observations en sont plus nombreuses que celles de toutes les autres variétés réunies. Elle est aussi la plus typique car les autres formes ne sont constituées que par des déformations de ses signes ou par des différences dans leur importance relative.

A la période d'état, l'affection se présente sous forme d'une vaste lésion ulcéro-végétante de la région génito-gluteo-inguinale, à bords nettement arrêtés, de contour irrégulier, de fond rouge criblé d'élevures végétantes, et de base dure, fibreuse plus dense encore dans les cas à tendance cicatricielle. Ces lésions saignent facilement et sécrètent avec abondance un liquide séreux de féti-

dité *sui generis*. On voit souvent des zones de cicatrisation spontanée, rarement définitive.

L'ulcération est superficielle ; la maladie n'attaque que les couches dermiques et respecte les tissus profonds.

Le fond est constitué d'ordinaire par des végétations d'aspect



Fig. 1. — Granulome vénérien. *Forme ulcéro-végétante.*

assez uniforme, quoique de volume un peu inégal, et dont les plus développées sont généralement à la périphérie. Parfois, sur ce fond, on trouve des zones lisses ; dans d'autres cas, des plaques hypertrophiques et même, mais plus rarement, des dépressions anfractueuses avec des déchets pultacés dans les crevasses.

Les bords sont en parapet généralement, parfois en chapelet, exceptionnellement ils peuvent être taillés à pic.

Cette forme présente souvent des éléments nodulaires plus ou moins nombreux à proximité de la lésion principale, dûs à des auto-inoculations externes. Mais on observe aussi, quoique plus rarement des éléments du type furonculoïde, parfois à fistules communicantes, par propagation sous-cutanée du processus infectieux.

Il peut arriver enfin que les zones de cicatrisation spontanée soient moins nombreuses et moins étendues et que la marche de l'affection soit plus rapide.

B) *Forme ulcéreuse* (fig. 2).

Dans cette forme le processus ulcératif prédomine nettement sur la néoformation, ce qui explique que certaines complications soient plus fréquentes et que le pronostic soit plus réservé.

L'ulcération, avec les mêmes caractères de superficialité, de saignement facile, de sécrétion abondante, présente un fond presque plan, finement granuleux, souvent avec des zones tout à fait lisses. Parfois ce fond est inégal, tourmenté, raviné, mais toujours les granulations sont de petite taille et assez espacées. On peut observer des zones cicatrisées surtout dans les cas à marche serpigineuse. Certains points de la surface peuvent être recouverts d'exsudats pultacés. Les bords taillés à pic sont presque spéciaux à cette variété clinique. On y voit cependant aussi des bords en parapets ou en chapelet. La base de l'ulcération est ferme, souvent fibreuse.

Cette forme peut être associée à des lésions ulcéro-végétantes ou même hypertrophiques et constituer des types mixtes.

D'autres fois, au lieu de s'associer, ces lésions se succèdent et on voit, par exemple, la forme ulcéreuse constituer l'épisode terminal des autres variétés.

Sa marche est plus rapide et son pronostic est plus sérieux par suite des dégâts considérables qu'elle peut déterminer. Lorsqu'elle siège sur les muqueuses, elle peut provoquer des perforations uréthrales, ou la formation de cloaques.

C. — *Forme hypertrophique.*

Cette forme se distingue par l'exagération de la réaction proliférante. De grandes masses végétantes, hautes parfois de quelques centimètres recouvrent le fond de l'ulcération, simulant tantôt des



Fig. 2. — Granulome vénérien. *Forme ulcéreuse.*

végétations simples, tantôt, quoique beaucoup plus rarement, des bourgeons néoplasiques.

Ces masses présentent d'ordinaire une surface cérébriforme ou moutonnée, formée par des mamelons du volume d'une lentille à une noisette, serrés les uns contre les autres, quoique séparés par des sillons qui descendent jusqu'au fond de l'ulcération. Des détri-

tus pultacés s'y accumulent, provoquant une augmentation de la sécrétion et une exagération de sa fétidité. Lorsque les bourgeons sont très exubérants, leurs faces latérales sont elles-mêmes ulcérées. Leur consistance, souvent très molle, fait contraste avec la fermeté de la base.

Des processus ulcéreux, destructifs, peuvent faire suite à cette période proliférante.

D. — *Forme éléphantiasique* (fig. 3).

Elle est presque toujours associée à la forme ulcéro-granuleuse, et localisée aux points d'élection des processus éléphantiasiques : grandes et petites lèvres, clitoris, etc. Toutefois on peut la rencontrer aussi sur les bords des lésions granulomateuses. Lorsqu'elle est isolée, elle est presque toujours consécutive à une forme mixte dont les lésions ulcéro-végétantes ont rétrocédé sous l'influence de la médication, sans que l'œdème éléphantiasique ait été réduit d'une façon appréciable.

Relativement fréquente chez nous, elle constitue une caractéristique régionale faisant contraste avec sa rareté au Brésil où cependant l'affection est beaucoup plus commune.

Nous ne l'avons rencontrée que chez des femmes mais on en a observé des cas chez des sujets du sexe masculin.

Le tableau clinique est celui des éléphantiasis de la région génitale mais avec certains détails qu'il faut faire remarquer. Tout d'abord l'hypertrophie des zones affectées reste modérée. La grande lèvre, par exemple, ne dépasse pas le volume d'un œuf de cane. Les zones affectées donnent au toucher une sensation de résistance fibreuse. Leur surface est toujours brunâtre, souvent avec des verrucosités sèches et dures, sans lymphangiectasies.

Au fond des sillons acquis ou formés par l'exagération des plis naturels, on peut trouver, ce qui est banal, un épiderme macéré et fétide. Mais, d'autres fois, on voit de petites ulcérations qui sont très caractéristiques. Elles sont linéaires, fissuraires, peu profondes, irrégulières, avec des bords en parapets de hauteur irrégulière, un peu épais et un peu éversés. Ces ulcérations ne suivent pas toujours le trajet du sillon. Elles sécrètent un peu de liquide sanieux.

Ces ulcérations peuvent réaliser parfois de véritables dissections

et nous avons observé un cas où la dissection du clitoris était presque complète.

Nous pensons que ces ulcérations fissuraires appartiennent exclusivement au granulome car nous ne les avons jamais rencontrées sur d'autres éléphantiasis.



Fig. 3. — Granulome vénérien. *Forme éléphantiasique avec ulcération fissulaire.*

Les adénopathies inguinales manquent souvent ce qui constitue un caractère de grande importance diagnostique et doctrinaire.

L'extension du processus hypertrophique s'arrête et même retrocède sous l'influence du traitement sans arriver cependant à la réduction complète.

Les récidives prennent souvent la forme fissuraire dans ce type clinique.

Nous pensons que ce processus est spécifique du granulome, et nous basons cette opinion : sur l'influence relative du traitement, sur l'existence de ces ulcérations spéciales, sur l'absence habituelle

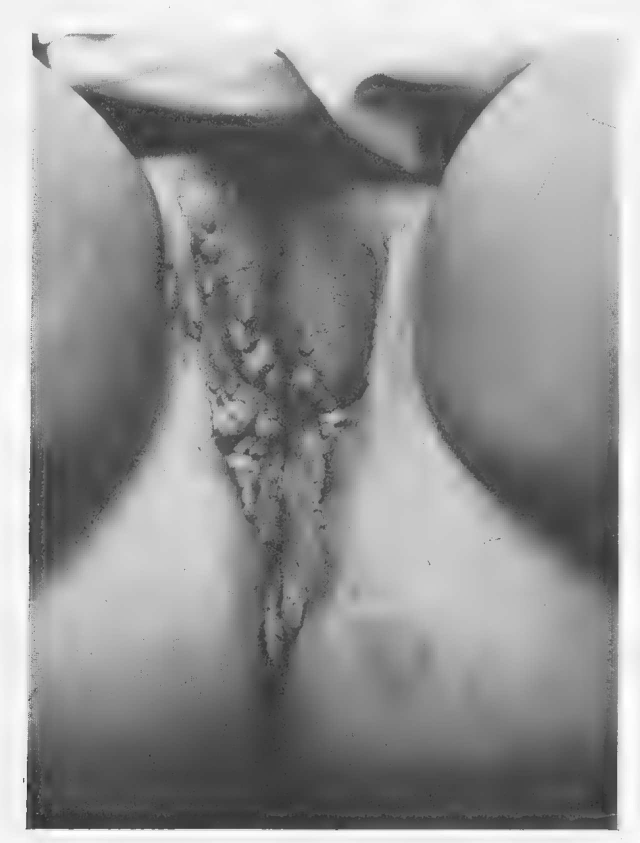


Fig. 4. — Granulome vénérien. *Forme nodulaire sans ulcération. Lésions éléphantiasiques des grandes lèvres avec verrucosités.*

d'adénopathie, enfin, sur les lésions histologiques qui sont analogues à celles des autres formes cliniques du granulome.

E. — *Forme nodulaire* (fig. 4, 5 et 6).

A notre connaissance, elle n'a pas été décrite. Elle a comme caractère spécial une évolution particulière des nodules. Tandis

que dans les autres formes, ils arrivent à l'ulcération dans un temps qui ne dépasse pas un mois, dans celle-ci les nodules persistent un certain temps, puis régressent sans passer par la phase ulcérative. Les autres formes cliniques présentent parfois également, au pourtour de la lésion principale, des nodules non ulcérés de ce type.



Fig. 5. — Granulome vénérien. *Forme nodulaire sans ulcération. Lésions éléphantiasiques discrètes des grandes lèvres avec verrucosités.*

Les lésions sont constituées par un placard composé de nodules, plus ou moins conglomérés, de grandeur inégale, variant d'un petit pois à une petite cerise. La bordure est marquée par une rangée de nodules plus gros, isolés en chapelet ou unis latéralement formant un parapet.

Tantôt ces nodules sont recouverts d'une peau fine et rosée, exulcérée même sur les faces latérales, si les granulations sont serrées les unes contre les autres ; tantôt leur épiderme est nettement sec et verruqueux.

Si les éléments sont espacés, la peau est irrégulière et pigmentée



Fig. 6. — *Même malade que figure 5, après traitement par les composés d'antimoine.*

entre les nodules. Lorsque leur confluence est très marquée, ils forment des plateaux surélevés et mamelonnés dont les bords peuvent être un peu surplombants. Cette forme s'accompagne parfois d'œdème éléphantiasique qui se localise aux sièges d'élection.

C'est dans ce type clinique que les régressions cicatricielles sont le plus fréquentes et le plus étendues.

Sa marche est très lente. Dans un cas que nous avons observé sans arriver au diagnostic pendant de longs mois, nous avons vu les lésions s'arrêter et même régresser, sous la seule influence des soins hygiéniques.

Son pronostic est toujours bénin en raison de son évolution, de l'absence d'ulcérations et des complications secondaires qu'elles entraînent.

Le traitement détermine d'abord un affaissement des nodules, puis leur remplacement par un tissu cicatriciel. Nous avons déjà mentionné cette évolution spontanée, mais limitée à certains points, dans les formes précédentes.

FORMES MIXTES

Les tableaux cliniques que nous venons de décrire sont en vérité un peu schématiques. On trouve presque toujours des associations et des combinaisons formant des tableaux complexes. Les plus communs sont constitués par l'association de lésions ulcéro-végétantes et de lésions ulcéreuses ou hypertrophiques ; on voit également des lésions éléphantiasiques accompagner n'importe quelle autre forme, ou encore des nodules non ulcérés à la périphérie des lésions d'un autre type clinique.

LÉSIONS MUQUEUSES

Les caractères des localisations muqueuses dépendent des conditions anatomiques de ces tissus.

Au début, la muqueuse est congestive, infiltrée, de surface irrégulière, d'aspect granité.

A la période d'état, l'aspect objectif peut être analogue à celui des lésions dermiques. Mais cependant, dans les lésions génitales féminines, à cause de la finesse de l'épithélium, de sa vascularisation plus marquée, des sécrétions vaginales, des infections surajoutées, les lésions ont une évolution rapidement ulcérative, les bourgeons sont plus friables, saignent et sécrètent beaucoup plus facilement.

La forme ulcéreuse est donc assez fréquente, mais les lésions proliférantes hypertrophiques ne sont pas rares.

La gravité des localisations muqueuses tient surtout aux complications ulcératives que nous avons déjà signalées, perforations fistuleuses, perturbations fonctionnelles et infections qui en dérivent. On assiste parfois à la formation de vastes cloaques au fond d'un large entonnoir ulcéreux.

Dans les localisations canaliculaires, les processus cicatriciels peuvent déterminer des rétrécissements avec toutes leurs conséquences infectieuses et mécaniques.

Enfin, des lésions vaginales proliférantes peuvent être une cause de dystocie ; elles peuvent aussi être le point de départ d'infections puerpérales mortelles.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE

Le tableau histologique du granulome vénérien varie suivant sa forme, suivant la période de son évolution, et il peut être différent au centre et à la périphérie des lésions.

L'*altération fondamentale* est constituée par une infiltration cellulaire et nodulaire du derme. L'infiltration des couches épithéliales est secondaire et moins caractéristique.

L'infiltration *débute* dans le chorion et c'est là qu'elle est toujours prédominante. Composée d'abord d'éléments isolés, elle devient presque diffuse, plus tard par compénétration des nodules. Mais même dans ce cas, les points centraux des nodules sont reconnaissables (fig. 7 et 8).

L'infiltration gagne ensuite le corps papillaire et détermine l'hypertrophie des papilles, marquée surtout dans le sens vertical. Celles-ci sont intensément colorées par l'infiltrat cellulaire et font contraste avec les bourgeons interpapillaires œdématiés et pâles (fig. 8).

Dans une *deuxième période* un nouvel élément intervient qui modifie la composition exclusivement cellulaire des nodules. L'effort de réaction se traduit par l'apparition au milieu de l'infiltrat, d'un tissu de granulation qui toujours vivace et parfois exubérant, tâche de se substituer à lui sans arriver cependant à le remplacer tout à

fait. C'est précisément cette *aptitude réactionnelle granulomateuse excessive* qui a valu son nom à la maladie.

On rencontrera donc des nodules *mixtes* cellulo-granuleux, avec prédominance tantôt de l'un, tantôt de l'autre de ces éléments (fig. 9).

On peut observer parfois aussi, dans l'aire de certains nodules, des *zones œdémateuses* à bords diffus, jonchées et entourées d'élé-

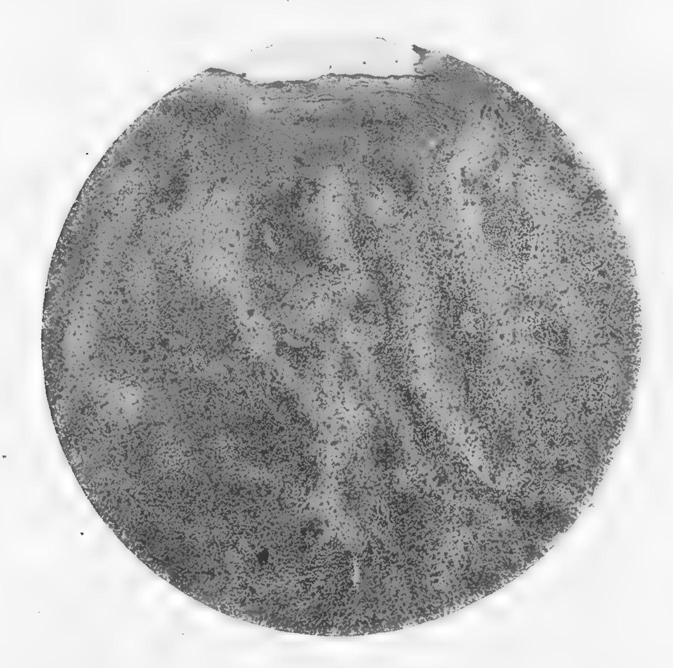


Fig. 7. — Granulome vénérien, première période. *Bourgeons interpapillaires minces pénétrant profondément dans le derme ; papilles étroites, allongées, irrégulières, tatouées par l'infiltration cellulaire inflammatoire.*

ments cellulaires en dégénération. Elles indiquent que la tendance histolytique du processus atteint son propre infiltrat. Ces zones œdémateuses que les auteurs brésiliens ne rencontrent que dans les cas très avancés, sont beaucoup plus précoces et beaucoup plus importantes chez nous, ce qui pourrait expliquer la marche plus rapide de la maladie dans nos contrées.

La *phase terminale*, spontanée ou thérapeutique, se traduit par

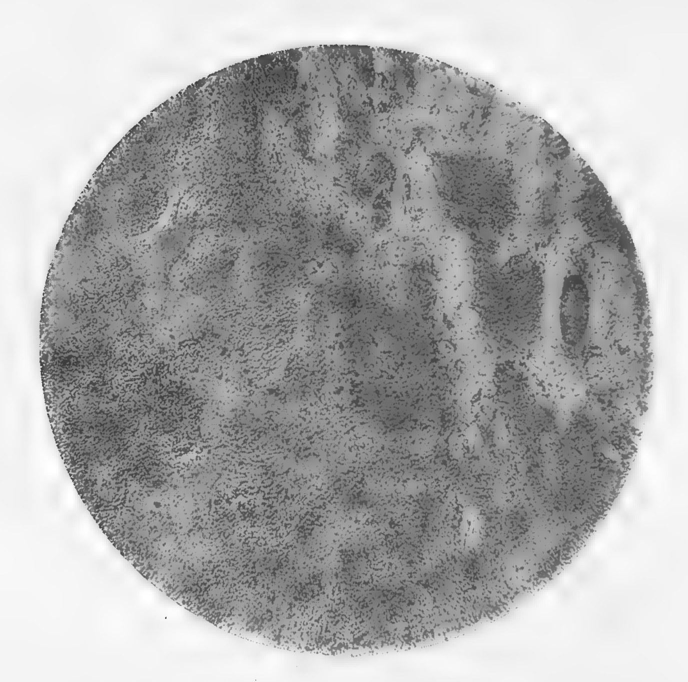


Fig. 8. — Granulome vénérien, première période (Même coupe que fig. 7). *Infiltration nodulaire du derme, confluente sur certains points.*

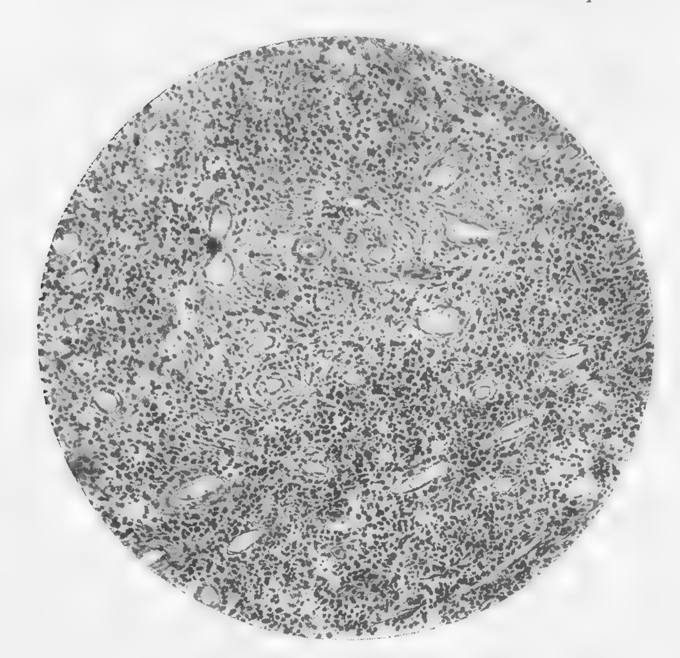


Fig. 9. — Granulome vénérien, deuxième période. *Un nodule inflammatoire mixte proliférant et exsudatif.*

une résorption plus ou moins complète de l'infiltrat et par *l'évolution scléreuse* des tissus où siègent les nodules (fig. 11).

Pendant ce temps *l'épiderme* a subi des altérations importantes. Il a réagi tout d'abord par l'hypertrophie de ses bourgeons interpapillaires. Ensuite il semble se fondre au contact de l'infiltration. La partie qui recouvre les sommets des papilles infiltrées, disparaît en premier lieu, laissant les bourgeons interpapillaires isolés les uns des autres. Ensuite ceux-ci attaqués sur leurs faces latérales,

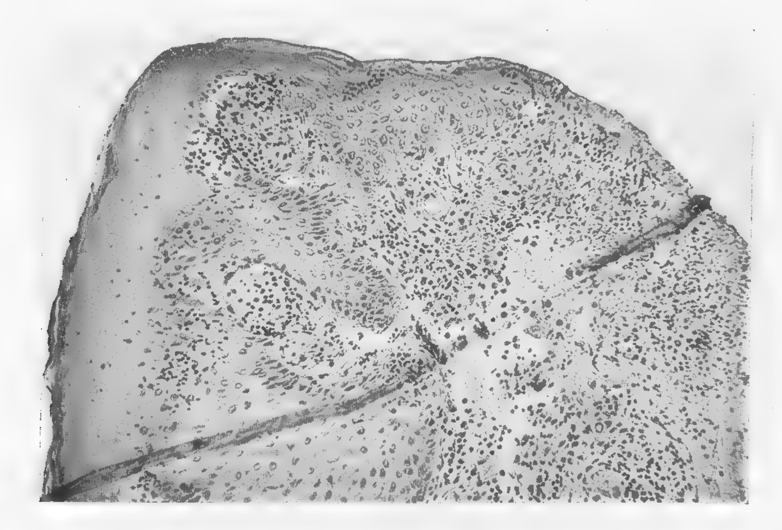


Fig. 10. — Granulome vénérien, bord d'une ulcération. *Disparition de l'épithélium. Forte infiltration cellulaire dermique.*

diminuent, se fragmentent et enfin disparaissent. *L'ulcération* est constituée (fig. 7 et 10).

Eventuellement, les couches épidermiques réapparaissent à la troisième période avec les caractères de l'épiderme cicatriciel (fig. 11).

L'infiltration cellulaire dermique se compose principalement de plasmocytes, dont quelques-uns à deux noyaux, et d'autres, très rares, multinucléés ; en outre, de cellules rondes, de lymphocytes, de grands mononucléaires, de cellules fusiformes, de polynucléaires dont les proportions respectives sont variables suivant la forme et le siège de la lésion.

Les nodules les plus profonds sont presque exclusivement formés de plasmocytes et de quelques mononucléaires. Les polynucléaires apparaissent dans les couches les plus superficielles, surtout si la lésion est ulcérée. On voit des cellules conjonctives en dégénération dans les foyers d'allure destructive, et de nombreux fibroblastes apparaissent à la phase de la réparation sclérogène.

L'infiltration de l'épiderme, toujours discrète et diffuse, se com-

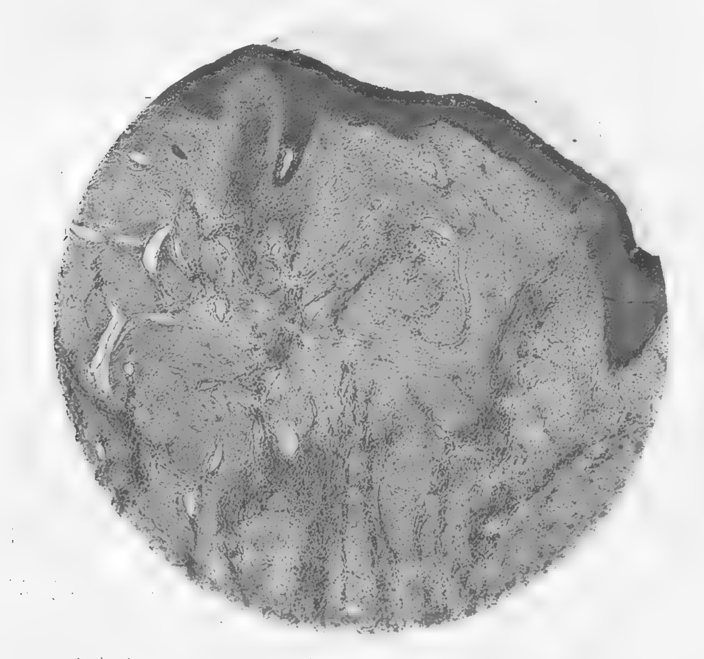


Fig. 11. — Granulome vénérien, troisième période.
Sclérose dermique en organisation déjà avancée. Persistance de l'infiltration.

pose de lymphocytes et de polynucléaires en proportions variables.

On ne trouve jamais de cellules épithélioïdes, ni de cellules géantes, ce qui est un caractère négatif de grande importance.

On ne voit jamais non plus de foyers de caséification ou de suppuration.

La *vascularisation* n'est pas très marquée à la première période. Elle s'exagère nettement à la période suivante et elle tend à diminuer de plus en plus à la dernière phase de l'évolution. Les vais-

seaux sont dilatés, quelques-uns un peu hypertrophiés, d'autres œdémateux. On en voit aussi qui sont entourés de manchons cellulaires, mais l'infiltration n'a pas de prédominance périvasculaire. Le plus grand nombre ne présente aucune altération pariétale.

Les glandes cutanées sont tantôt infiltrées, tantôt libres, même à proximité des nodules.

* * *

Schématiquement, nous l'avons dit, on peut diviser l'évolution des lésions histologiques en 3 périodes : d'invasion, d'état, de réparation.

Période d'invasion. — A défaut de cas précoces, on peut l'étudier ou sur les bords des lésions en voie d'extension, ou sur les mamelons initiaux des récidives, ou encore sur les éléments tout récents d'auto-inoculation par contact.

Cette période présente deux caractères essentiels : l'un, dermique ; l'infiltration cellulaire et nodulaire au sein des tissus normaux qui s'altèrent à son contact ; l'autre, épidermique, l'usure de l'épiderme, d'abord de ses couches superficielles, puis de ses bourgeons interpapillaires.

Nous avons déjà décrit l'infiltration dermique et sa composition. Nous devons ajouter que, même à ce stade, nous avons rencontré des zones œdémateuses avec des éléments cellulaires en dégénération.

Les altérations épithéliales de cette période sont assez nettes (fig. 7, 8, 10). A proximité de la lésion, l'épiderme devient irrégulier, s'hypertrophie de plus en plus, double ou quadruple son épaisseur normale et présente souvent des anastomoses de ses bourgeons interpapillaires. Puis, son assise granuleuse s'interrompt, la couche cornée disparaît, enfin, plus tard, la partie horizontale de son corps malpighien qui persiste la dernière. La couche basale est naturellement désorganisée tout d'abord.

Une mince couche de nécrose superficielle recouvre les papilles et les bourgeons interpapillaires. Ceux-ci de plus en plus étroits deviennent si minces que parfois leur axe transversal n'est formé que par une ou deux cellules épithéliales. Un peu plus tard, on ne trouve que des îlots isolés en voie d'effacement.

Avant de disparaître toutes les cellules épidermiques ont subi des altérations. Les cellules cornées sont devenues parakératosiques ; celles du *stratum granulosum*, très globuleuses et avec des vacuoles centrales ; les cellules épidermiques, plus grandes et beaucoup plus pâles montrent une vacuolisation périnucléaire ou une dégénération de leurs noyaux. Les filaments d'union, d'abord conservés, finissent par disparaître et on peut rencontrer des îlots

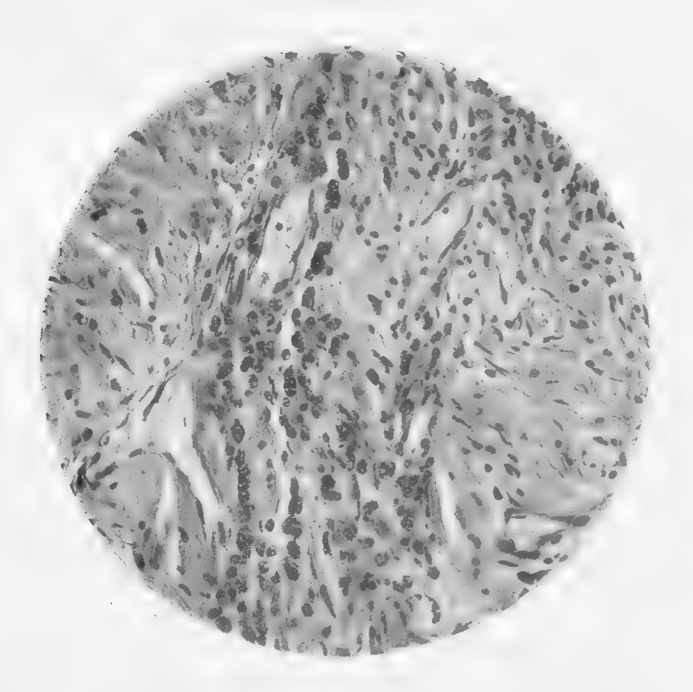


Fig. 12. — Granulome vénérien, troisième période. *Infiltration plasmocytaire persistant dans le tissu conjonctif de réparation.*

formés par une masse protoplasmatique informe avec quelques noyaux dispersés et altérés.

Les cellules d'infiltration de l'épiderme, polynucléaires et lymphocytes, sont toujours peu nombreuses.

Deuxième période. — Nous avons déjà signalé ses caractéristiques : la constitution de l'ulcération et l'apparition du tissu de granulation dans l'infiltrat.

Les nodules mixtes à ce stade sont beaucoup plus volumineux, Le tissu de granulation est de plus en plus envahissant. Les zones œdémateuses sont aussi plus étendues et plus nombreuses.

Lorsque la réaction proliférante qui remplace les tissus normaux détruits est excessive, elle détermine les formes cliniquement hypertrophiques. Lorsque cette réaction est peu marquée et que le processus destructif prédomine, les ulcérations apparaissent.

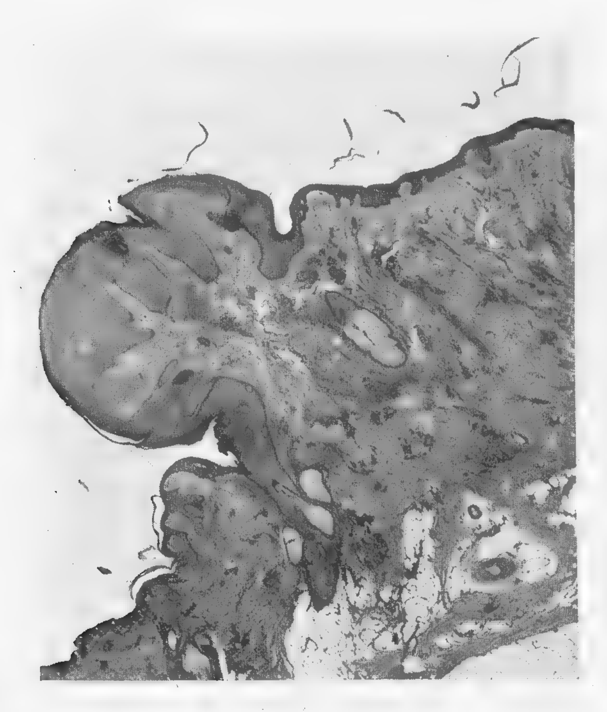


Fig. 13. — Granulome vénérien. *Bord végétant d'un placard nodulaire sans ulcération.*

L'épiderme cesse brusquement à la surface de la lésion. Il est remplacé par l'infiltrat ou par le tissu de granulation qui végète, recouverts souvent d'une mince couche de nécrose.

La vascularisation est très marquée.

Troisième période. — La période d'ulcération peut avoir une durée indéfinie, mais le plus souvent, un processus de cicatrisation apparaît, plus ou moins étendu, mais toujours partiel. La der-

nière phase se constitue : réparation avec sclérose terminale (fig. 11).

Les zones œdémateuses disparaissent. On voit se former une sclérose dermique composée de nombreux fibroblastes jeunes, recouverte d'un épithélium de nouvelle formation, à limite inférieure presque linéaire.

Mais même au sein de ce tissu cicatriciel on trouve des nodules d'infiltration cellulaire qui traduisent la persistance du processus et

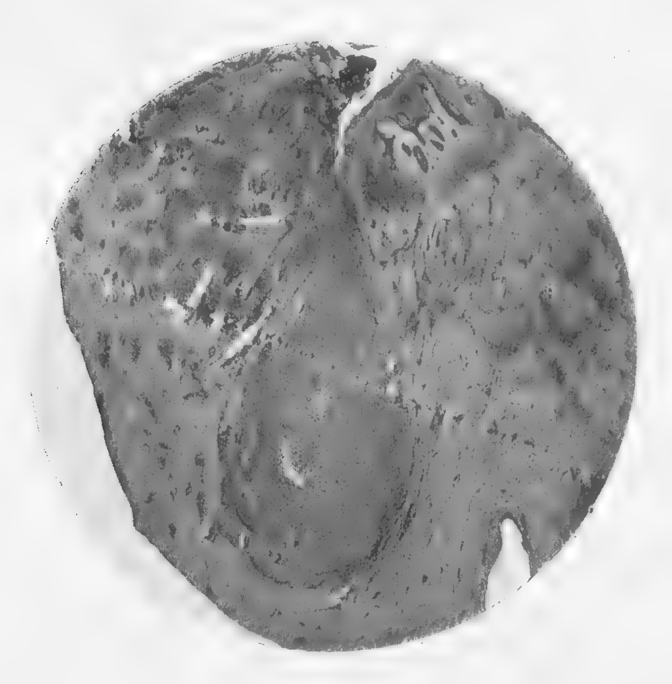


Fig. 14. — Granulome vénérien, forme éléphantiasique. *Enorme infiltrat péri-vasculaire au fond d'une ulcération fissuraire. Sclérose dermique et hypodermique.*

sa recrudescence possible, ainsi que la clinique le constate presque toujours (fig. 12). Souvent aussi, comme on le voit sur une de nos micro-photographies, on peut observer des traînées linéaires, très probablement périvasculaires, et qui aboutissent à l'épiderme reconstruit. Ces infiltrations sont des ébauches de récidive.

Formes nodulaire et éléphantiasique. — Les formes nodulaires sans ulcération et les formes éléphantiasiques présentent certaines différences de détail qu'on doit faire remarquer.

Les premières présentent un tableau analogue à celui de la période de réparation mais avec des zones très irriguées, un peu végétantes, et un épiderme acanthosique, verruqueux parfois, et des bourgeons interpapillaires très hypertrophiés (fig. 13).

Les formes éléphantiasiques, présentent des nodules d'infiltration au sein du tissu fibreux adulte. Ces nodules ont leurs limites très nettement arrêtées et sont souvent beaucoup plus grands que dans la forme commune (fig. 14). On voit parfois dans l'aire de ces nodules des zones œdémateuses et des cellules en dégénérescence. Dans un cas, nous avons pu observer une dégénérescence érythrophile très profuse et l'on pouvait suivre facilement son évolution complète, depuis le plasmocyte mûriforme jusqu'aux sphérules érythrophiles libres.

L'épiderme est souvent irrégulier et hyperpigmenté ; il devient un peu pâle, hypertrophique, et avec de nombreuses anastomoses de ses bourgeons, au voisinage des ulcérations fissuraires cratériformes spéciales à cette variété.

C'est donc un tableau complexe comportant l'hypertrophie épidermique de la première période, les zones d'œdème et de granulation de la deuxième et le tissu fibreux de la dernière. Mais la néoformation conjonctive nettement prédominante individualise cette forme.

Les cinq formes de granulome que nous venons de décrire, s'expliquent facilement par la connaissance des caractères et de l'évolution des lésions anatomiques. La forme nodulaire est due à la persistance indéfinie des nodules primitifs. La forme ulcéro-granuleuse traduit, sur des nodules ulcérés, l'effort de réparation entravé par des lésions constamment renaissantes, et c'est pour cela que les cicatrisations spontanées ne sont jamais définitives. La forme ulcéreuse est la conséquence de l'exagération du caractère histolytique du processus. Dans la forme hypertrophique, l'épine irritative provoque une néoformation excessive. Enfin, la forme éléphantiasique, n'est que l'accentuation hypertrophique de la tendance sclérogène réactionnelle.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en août 1933.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Contribution à l'étude de la syphilis nerveuse latente chez les Annamites, par NGUYEN VAN TUNG. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, no 7, juillet 1933, p. 481.

On admet communément que, dans les races de couleur, en particulier chez l'Annamite, les localisations nerveuses du tréponème sont exceptionnelles. L'auteur qui, depuis 1926, a observé à l'Institut prophylactique de Saïgon plus de 25.000 syphilitiques, apporte un démenti à cette croyance. La ponction lombaire permet de déceler des réactions méningées plus ou moins importantes en l'absence de tout signe clinique. A la période secondaire, il a observé chez 42 o/o des malades des altérations du liquide céphalo-rachidien. Les réactions tardives sont relativement beaucoup moins fréquentes, mais cependant on peut observer des réactions du liquide céphalo-rachidien complètes ou partielles. L'auteur insiste sur la nécessité de la ponction lombaire et, se ralliant à l'opinion de Ravaut, il la pratique à la fin de la troisième année.

H. RABEAU.

Les réactions colorées de floculation, par H. HECHT. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, no 7, juillet 1933, p. 495.

Le principe de la méthode consiste : 1° dans une coloration choisie de l'antigène avec une matière colorante qui ne colore nullement le liquide subsistant après l'élimination du précipité ; 2° dans ce fait qu'il faut employer comme coloration de contraste de l'eau physiologique des matières colorantes qui ne colorent pas ou ne colorent qu'au minimum le précipité. Le rouge Soudan 3 R convient bien, et on déterminera par des essais la quantité à utiliser, en partant d'une solution saturée. Comme colorant de contraste, on peut employer le bleu de méthylène de Löffler, la solution de Victoria bleu à 1 o/o, la solution aqueuse de vert de naphtol à 1/2 o/o. Cette méthode facilite la lecture de la réaction sans que la spécificité en souffre. Les sérums positifs montrent un brillant flocon rouge.

H. RABEAU.

Troubles visuels consécutifs à une injection intra-musculaire bismuthique, par A. Lévy-Bing et A. Carteaud. *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 7, juillet 1933, p. 491.

Observation d'un homme qui, consécutivement à une injection intra-musculaire de bismuth oléo-soluble, fit une embolie pulmonaire et présenta une amblyopie partielle et transitoire.

H. Rabeau.

Comparaison entre la méthode de Kahn (Standard) et une méthode personnelle, par M. Levy. *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 7, juillet 1933, p. 501.

L. a examiné par une méthode personnelle au sérum chauffé et au sérum non chauffé 1.500 sérums avec les résultats suivants : 20,4 o/o de réactions positives au sérum non chauffé, 19 o/o avec le sérum inactivé, 12,6 o/o par la réaction de Kahn. Les 116 sérums, positifs par ses méthodes et négatifs par la méthode de Kahn, appartenaient à des syphilitiques à des stades différents. H. Rabeau.

Sur un cas de rectite ulcéreuse gonococcique, par G. Rivelloni. *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 8, avril 1933, p. 561.

A propos d'une observation, R. montre que l'infection gonococcique ano-rectale peut aboutir à des ulcérations de la muqueuse ; l'examen microscopique de l'exsudat des ulcérations avec, comme méthode de contrôle, les cultures, permet d'affirmer le diagnostic. Dans certains cas, le critérium thérapeutique sera aussi très utile. Les maladies constitutionnelles (syphilis et tuberculose), les troubles locaux (traumatisme, stase de circulation, rhagades), sont des facteurs prédisposants à ces processus ano-rectaux. H. Rabeau.

Traitement de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas-Favre) par les injections de lait, de glycérine, de pus-vaccin dans les glandes lésées, par J. D. Perkel et V. P. Sourgik. *Annales des Maladies Vénériennes,* 28e année, no 8, août 1933, p. 579.

Les auteurs ont obtenu de bons résultats par le traitement intraglandulaire par le lait, le pus-vaccin, l'auto-pus-vaccin. La durée de la maladie est considérablement diminuée. L'action de ces remèdes peut s'expliquer par influence de la « Reizthérapie », qui provoque la désensibilisation du tissu lésé. A la campagne, les injections de lait sont les plus commodes. On injecte 0,2 à 0,3 à un intervalle de 2 à 3 jours. La glycérine peut être injectée à doses supérieures, 1,5 à 2 centimètres cubes. Parfois 12 à 15 injections sont nécessaires. La diathermie sera utilement associée à ces injections, en cas de persistance des trajets fistuleux, la radiothérapie, parfois l'ablation chirurgicale des trajets fistuleux pourra être nécessaire. H. Rabeau.

Nouvelle contribution à l'étude des manifestations syphilitiques post-traumatiques (accidents du travail notamment), par R. Barthelemy. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n° 8, août 1933, p. 594, 5 fig.

B. apporte l'observation de malades chez lesquels les rapports de lésions manifestement syphilitiques avec un traumatisme antérieur sont indiscutables pour certains, possibles ou probables pour d'autres. Ces faits confirment une fois de plus le réalité clinique des phénomènes syphilitiques post-traumatiques. Eu égard à l'abondance des syphilitiques traumatisés sans résultat, ces faits restent des exceptions. Les conditions nécessaires à la genèse de ces manifestations syphilitiques n'ont pu être encore élucidées. Greenbaum, renouvelant les expériences de Tarnowsky, a obtenu parfois au moyen d'applications de neige carbonique des accidents très syphiloïdes ; jamais il n'y put mettre en évidence le tréponème, soit directement, soit par inoculation au testicule du lapin.

Malgré l'insuffisance des preuves de laboratoire, le médecin fera bien d'admettre parfois et de traiter la syphilis chez ses accidentés s'il veut les guérir. Par contre, les tribunaux admettront plus souvent encore la prépondérance du traumatisme et lui rapporteront toute lésion consécutive, même de nature indiscutablement syphilitique.

H. Rabeau.

Prurit sénile. Réveil d'une syphilis tertiaire discrète sous l'influence du même traumatisme provoqué par une lésion de grattage, par P. Blum et A. Carteaud. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n° 8, août 1933, p. 610, 1 fig.

Observation d'un homme de 71 ans, ayant eu la syphilis il y a 44 ans, qui, à la suite d'un prurit, présente des lésions de grattage, au milieu desquelles on découvre à l'avant-bras gauche une lésion circinée de 15 millimètres de diamètre. syphilo-tuberculeuse, qui est à n'en pas douter une syphilis tertiaire. Le menu traumatisme produit par le grattage, a déclanché une syphilide tertiaire. Le prurigo semble avoir réactivé la syphilis, le Bordet-Wassermann est devenu + + +. Ces lésions ont été effacées par les premières piqûres de bismuth.

H. Rabeau.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

De l'absorption des antitoxines par la peau, par R. Richou. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. LI, n° 2, août 1933, p. 117.

La peau de l'animal est capable, dans certaines conditions, d'absorber l'antitoxine du sérum appliqué à sa surface. Cette absorption subit des fluctuations variées. L'état de la peau, la région interviennent dans cette absorption ; l'inflammation de la peau, l'addition au sérum de certaines substances comme la glycérine favorisent cette absorption, qui est relativement minime par rapport à la dose de sérum mise en œuvre

et à la surface d'application. La quantité absorbée correspond à la millième partie de la dose totale employée. Toutes proportions gardées, le mode d'action de l'antitoxine introduite par les diverses voies d'accès dans l'organisme du cobaye reste le même. H. Rabeau.

Passage à travers la peau des substances du sérum, autres que l'antitoxine et anaphylaxie, par R. Richou. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. LI, n° 2, août 1933, p. 146.

Chez l'animal, en dehors de l'antitoxine, les autres substances du sérum traversent le tégument cutané et sont capables de provoquer la sensibilisation de l'organisme, d'où la possibilité de troubles anaphylactiques ultérieurs lors d'injection sérique faite dans certaines conditions. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

L'état mental, physique et humoral des paralytiques généraux rebelles au stovarsol, par A. Barbé et A. Sézary. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 49e année, 3e série, n° 24, 17 juillet 1933, p. 1001.

Sur 90 paralytiques généraux traités depuis plus de trois ans par les injections de stovarsol sodique, 38, soit 42 o/o, n'ont pas été améliorés dans la mesure que l'on aurait souhaitée. Pourtant, ces malades ont été améliorés par le traitement. 10 ont survécu de 3 à 4 ans, 9 ont survécu plus de 8 ans. L'état mental de ces malades a évolué vers la démence simple, chronique et incurable. Mais avec la durée de la démence, l'état général s'est peu à peu aggravé, l'état humoral a pu être suivi chez 34 malades. Plus la survie est longue, plus les anomalies biologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien s'atténuent. Elles disparaissent à partir de la 8e année. Le stovarsol semble donc avoir enrayé le processus syphilitique du cerveau. H. Rabeau.

Malaria floculation et malariathérapie, par B. Le Bourdelles et A. Fribourg Blanc. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 49e année, 3e série, n° 24, 17 juillet 1933, p. 1013.

L'étude porte sur 9 malades, chez lesquels la malaria-floculation était négative avant toute impaludation. A mesure que se développaient les manifestations cliniques, la réaction s'est montrée très fortement positive chez 8 malades, dans un cas seulement elle s'est montrée tardivement faiblement positive. La réaction s'est montrée négative en période d'incubation. Le dosage des protides a montré que le taux des protéines totales s'est nettement abaissé. Le taux de la sérine s'est constamment abaissé ; le taux de la globuline s'est notablement élevé. Il existe donc dans le paludisme d'invasion une perturbation assez notable de l'équilibre protéique, mais ses rapports avec la malaria-floculation demeurent encore imprécis. Chez 6 malades dont l'impaludation remontait à plus de 8 mois, la malaria-floculation était négative. H. Rabeau.

Trois cas de pigmentation cutanée spéciale consécutive à la chrysothérapie, par L. Bernard, Mlle Blanchy, Ch. Mayer et Mallarmé. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 49e année, 3e série, no 24, 13 juillet 1933, p. 1061.

Trois malades atteints de tuberculose pulmonaire chronique sont traités par la crisalbine à fortes doses, sans troubles intestinaux, sans diarrhée, sans troubles rénaux, sans modification de la formule sanguine. Ils présentent une pigmentation « mauve cendrée », diffuse, touchant les parties exposées à la lumière, et d'autant plus marquée que cette exposition était plus franche. Cette pigmentation ne s'efface pas, ne s'intensifie pas non plus, malgré la continuation du traitement aurique, plus d'un an après sa révélation. Elle subit cependant des variations périodiques sous la dépendance peut-être du degré de clarté, d'exposition au soleil et aussi d'états vaso-dilatateurs. Elle est apparue dans les 3 cas après une dose totale de 15 grammes brusquement et d'emblée maxima dans un cas, rapidement dans un deuxième cas, plus lentement pour le troisième. L'épreuve sensitométrique de Saïdman aux rayons ultra-violets a montré une hypersensibilisation de la peau dans les 3 cas. La biopsie ne montre pas de lésions histologiques de la peau, qui contient dans sa partie pigmentée, avant toute réduction histochimique, des grains d'or spontanément réduits, réduction partielle seulement puisque, par la méthode au chlorure stannieux, on voit apparaître ces grains en plus grand nombre. Dans la partie non pigmentée, avant toute réduction, les grains d'or n'apparaissent pas. H. Rabeau.

Gommes sternales, sterno-cléido-mastoïdiennes et lésions pulmonaires ayant simulé une maladie de Hodgkin. Guérison par le traitement antisyphilitique, par P. Halbron, J. Lenormand, L. Benzaquen et W. Spire Weil. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 49e année, 3e série, no 24, 13 juillet 1933, p. 1073.

Malade chez lequel la coexistence de la déformation sternale et sterno-cléido-mastoïdienne, de lésions pulmonaires et de grosse rate firent, de prime abord, penser surtout à une maladie de Hodgkin et instituer un traitement par les rayons X, qui fut inefficace. Il n'y avait ni fièvre, ni prurit, ni éosinophilie sanguine ; les masses sterno-cléido-mastoïdiennes n'avaient pas la forme et la consistance des adénopathies de la lymphogranulomatose. D'autre part, le malade était un spécifique avéré. Le traitement d'épreuve montra la véritable nature de cette pseudo-maladie de Hodgkin syphilitique. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Blennorragie (spermoculture, vaccinothérapie, chimiothérapie), étude critique, par P. Barbeillon. *Journal de Médecine de Paris*, 52e année, no 32, 10 août 1933, p. 690.

Courte revue sur les possibilités actuelles de ces diverses méthodes de traitement et la valeur de la spermo-culture comme critère de guérison. H. Rabeau.

Paris Médical.

Etude photométrique de la réaction de Kahn, par G. Hufschmitt. *Paris Médical*, 23e année, no 32, 12 août 1933, pp. 138-141.

Pour suppléer au manque de sensibilité de la réaction de Vernes au péréthynol, sans faire appel aux réactions d'hémolyse, l'auteur lit au photomètre la réaction de Kahn un peu modifiée (un seul tube contenant 0,025 d'antigène, agitation de 5 à 10 minutes, lecture au moins un quart d'heure et au plus une heure après l'addition de sérum physiologique).

Dans l'ensemble, la réaction s'est montrée plus sensible et plus spécifique que le Vernes-péréthynol. On doit considérer comme positifs les chiffres au-dessus de 12. L'auteur donne le détail des cas observés.

A. Bocage.

La Presse Médicale (Paris).

Anergie non spécifique à la tuberculine. Rapport entre le pouvoir de résorption de la peau et l'intradermoréaction, par Ed. Frommel et Ad. Sierro et W. Bachmann. *La Presse Médicale*, 41e année, no 61, 2 août 1933, p. 1218.

Les auteurs ont étudié l'influence du pouvoir de résorption de la peau dans les intradermo-réactions à la tuberculine. Ils concluent que le pouvoir de résorption de la peau joue un rôle capital dans le mécanisme d'échec de l'intradermo-réaction à la tuberculine. Les causes d'échec sont, toutes conditions égales, proportionnelles à la réduction du temps de résorption de la boule d'œdème. Tout se passe comme si la dilution de la tuberculine dans le derme sous-jacent jouait le rôle primordial. La notion de résorption de la peau jette sur le problème de l'anergie une lumière telle que l'on est en droit de se demander si l'anergie spécifique humorale ou tissulaire existe véritablement et si dans ce domaine tout ne se réduit pas à des processus physico-chimiques n'ayant aucun caractère de spécificité.

H. Rabeau.

Quelques notions récentes sur le traitement de la lymphogranulomatose, par Morel-Kahn. *La Presse Médicale*, 41e année, no 61, 2 août 1933, p. 1227.

L'auteur donne quelques notes pratiques sur la radiothérapie de la lymphogranulomatose, qui constitue le traitement de choix de cette affection. Il rappelle la très grande radiosensibilité clinique des localisations de la G. M. Dès le diagnostic posé, il faut traiter intensément toutes les lésions cliniquement et radiologiquement décelables et battre en brèche les récidives. La rœntgenthérapie méthodique, dans la majorité des cas, donne des rémissions très franches, assez longues et renouvelables.

H. Rabeau.

Emploi thérapeutique méconnu de l'hyposulfite de soude, par J. Kabelik. *La Presse Médicale*, 41e année, n° 67, 23 août 1933, p. 1315.

K. estime que l'usage de l'hyposulfite de soude mérite d'être plus étendu qu'il ne l'est actuellement. En injections intraveineuses, il agit comme stimulant RES, dans les brûlures graves et dans l'éclampsie comme modificateur des réactions de l'organisme, favorisant la chimiothérapie dans la septicémie. C'est un antinévralgique utile dans les névralgies, les rhumatismes ; il agit comme antidote dans les intoxications par la teinture d'iode, le permanganate de potasse, par lavage d'estomac et par injections intraveineuses dans les intoxications par le lysol, l'arsenic et les métaux lourds. L'ion S^2O^3 a un pouvoir antitoxique général puissant. Les sels complexes de l'hyposulfite et des métaux lourds ont une affinité élective pour les tissus cancéreux ; ils les sensibilisent fortement à l'actinothérapie qui se trouve bien d'être associée à cette chimiothérapie. H. Rabeau.

Bruxelles Médical.

La syphilis congénitale au delà de la deuxième génération, par J. Gaté. *Bruxelles Médical*, 13e année, n° 40, 6 août 1933, p. 1137.

Dans cette courte revue critique, G. montre que la syphilis congénitale peut se transmettre non seulement à la première génération (syphilis héréditaire commune), mais aussi à la troisième génération (hérédo-syphilis de deuxième génération) et même, bien que rarement, à la quatrième génération (hérédo-syphilis de troisième génération). Cette hérédo-syphilis de deuxième et troisième générations revêt rarement une forme virulente, mais plus souvent une forme dystrophique. Cette transmission possible de la syphilis à la troisième et peut-être à la quatrième génération implique des sanctions thérapeutiques ; lorsque des enfants de syphilitiques portent la marque de l'infection héréditaire, il importe de mettre tout en œuvre pour interrompre la transmission de la redoutable infection. H. Rabeau.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Le comportement des différents corpuscules inclus dans les foyers de psoriasis pendant le traitement (Das Verhalten der verschiedenen einschlasskœrperartigen Gebilde in psoriatischen Herden wæhrend der Behandlung), par Tibor Wlassics. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 185, 7 fig.

Recherches sur la coloration, la forme, la localisation et la fréquence de corpuscules dans les foyers de psoriasis et sur leurs modifications pendant le traitement. L'auteur conclut que l'on rencontre les corpuscules de Guarneri-Kyrle et les formations acidophiles dans le protoplasma non seulement dans le psoriasis, mais aussi dans d'autres lésions. Mais il faut considérer les noyaux modifiés et les inclusions basophiles

dans les noyaux que l'on rencontre toujours et en groupes dans les lésions du psoriasis comme d'une valeur pathogénétique. Ces corpuscules disparaissent après la guérison. OLGA ELIASCHEFF.

Nævus épithélial adénoïdokystique généralisé avec formation bulleuse suivi d'une cicatrice atrophique (Epitheliater adenoïdo-cystischer generalisierter Nævus mit Blasenbildung und Ausgang in Narbenatrophie), par G. SANNICANDRO. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 192, 12 fig.

Description d'une éruption cutanée généralisée composée d'éléments kystiques isolés ou groupés, ressemblant au milium ; cette éruption a été suivie de formations bulleuses et de taches cicatricielles atrophiques. C'est chez un jeune homme de 15 ans, tout à fait bien portant, que se sont développées les lésions décrites ci-dessus qui ont pris une allure subaiguë. Cette maladie n'a pas été décrite cliniquement. L'histologie montre des lésions prédominant dans les couches supérieures du derme : des nids, des boules, des kystes et des cordons cellulaires provenant des cellules næviques dégénérées et des conduits excréteurs dilatés des glandes sudoripares. Disparition du tissu élastique. L'auteur considère qu'il s'agit d'un nævus épithélial adénoïdo-kystique à séparer des nævi adénomateux de l'épithélioma *adenoides cysticum* et des hydradénomes éruptifs. OLGA ELIASCHEFF.

Un cas de blastomycose par infection spontanée par un vrai saccharomyces (Ein Fall von Blastomykose durch Spontaninfektion mit einem echten Saccharomyces). Partie clinique, par M. ZIMMER et J. WEILL. Partie expérimentale, par A. R. SARTORY et J. MEYER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 211, 7 fig.

Observation d'une blastomycose cutanée chez une femme ayant présenté pendant des années de la température et des manifestations qui firent penser à un ulcère de l'estomac, à une tuberculose pulmonaire, à une syphilis héréditaire et à une hyperthyroïdie. Apparition 10 ans après le début de la maladie d'une infiltration importante à la fesse. L'examen du pus démontra la présence d'un vrai saccharomyces, d'après la classification de Guilliermond. L'injection au cobaye fut positive ainsi que les cultures avec le pus des lésions de la malade et le pus des cobayes ». Le traitement par le sulfate de cuivre et le « Néojodipin Merck » donna un très bon résultat : les nodules lymphocytaires et les fistules ainsi que la fièvre septique disparurent, le poids de la malade augmenta. OLGA ELIASCHEFF.

La méthode de la goutte pour le dépistage de l'hypersensibilité de la peau vis-à-vis des produits chimiques (Die Tropfmethode zur Prüfung der Ueberempfindlichkeit der Haut gegen chemische Stoffe), par N. WEDROFF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXVII, cah. 2, 1933.

L'auteur a examiné la sensibilité de la peau vis-à-vis de différents

produits chimiques en appliquant sur la peau une goutte de ces produits à différentes concentrations. OLGA ELIASCHEFF.

Sur des lésions de la poïkilodermie cutanée (Ueber poikilodermatische Veränderungen der Haut), par WILHELM RICHTER. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 231, 6 fig.

Observation d'un cas de poïkilodermie chez une femme âgée de 52 ans, de deux cas de scléro-poïkilodermie avec troubles de la sécrétion interne (ovaires) et d'un cas de poïkilodermatomyosite de Petges. L'auteur considère la poïkilodermatomyosite et la scléropoïkilodermie comme identiques, mais comme se présentant souvent sous un aspect clinique différent suivant leur stade d'évolution.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la biologie et le diagnostic des ferments dans la syphilis (Zur Fermentbiologie und Ferment diagnostic der Syphilis), par Alfred MACHIONINI et BERTA OTTENSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 244, 4 fig.

Les auteurs rapportent les résultats obtenus dans la syphilis et dans d'autres maladies par la recherche des ferments dans le liquide céphalo-rachidien et dans les dialysats de la peau par la méthode de détermination de la diastase. La teneur en diastase varie chez les malades non syphilitiques (maladies générales, blennorragie, dermatoses), dans les maladies non syphilitiques du système nerveux central, présentant soit un liquide normal, soit pathologique dans une proportion de 11 à 50 milligrammes o/o. On note, au contraire, dans la syphilis une diminution nette de la teneur en diastase, dans le liquide céphalo-rachidien ; dans la neuro-syphilis non traitée, la teneur varie entre 0-10 milligrammes o/o, elle est un peu plus grande dans les cas traités. Dans la syphilis du système nerveux central sans signes cliniques et dans la syphilis primaire, la teneur en diastase est normale, elle est très diminuée dans la syphilis secondaire et tertiaire et à la période latente. Les auteurs admettent que cette disparition de la diastase du liquide céphalo-rachidien est due à un trouble de la production de la diastase dans le système nerveux central, trouble produit par le tréponème sous l'influence de modifications physico-chimiques des colloïdes cellulaires. On rencontre cette disparition de la diastase encore dans la sclérose multiple (au stade aigu), dans l'encéphalite et dans le zona.

Dans le dialysat de la peau des syphilitiques, la diastase est très augmentée ; on constate aussi une semblable augmentation dans le diabète et les auteurs croient possible que cette augmentation soit due, dans la syphilis, à un trouble spécifique pancréogène du métabolisme des hydrates de carbone, mais leurs recherches parlent contre cette hypothèse. Il semble plus probable que l'augmentation de la diastase dans la peau soit due à l'influence du tréponème.

Les résultats de la réaction de la diastase cutanée et du liquide céphalo-

rachidien peuvent contribuer comme symptômes chimiques, à côté de symptômes cliniques, des valeurs normales du sucre et des diastases sanguines au diagnostic de la syphilis. OLGA ELIASCHEFF.

Influence de la nutrition sur les variations saisonnières de l'allergie tuberculinique (Der Einfluss der Ernährung auf die jahreszeitlichen Schwankungen der Tuberkulinallergie), par Paul de ENGEL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 279, 1 fig.

Les variations saisonnières de l'allergie vis-à-vis de la tuberculine dépendent de la nourriture. Les animaux recevant une nourriture d'hiver réagissent plus fortement que ceux recevant une nourriture d'été. Les infections sont mieux supportées par les animaux recevant une nourriture d'été. OLGA ELIASCHEFF.

Le seuil de l'iode du sang dans les maladies cutanées (Der Blutjodspiegel bei Hautkrankheiten), par Fr. STERN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 285, 2 fig.

L'auteur a constaté dans un grand nombre de dermatoses des modifications du seuil de l'iode dans le sang. Ce seuil n'est pas modifié dans les infections banales de la peau, dans la tuberculose cutanée, dans l'eczéma, dans le psoriasis à allure chronique, dans la dermatite herpétiforme et dans la sclérodermie. Mais le seuil est très augmenté chez les malades atteints d'un psoriasis à éruption aiguë et de syphilis secondaire. S. explique l'augmentation d'iode dans le sang dans la syphilis secondaire par l'infection et l'intoxication dues à la dissémination des tréponèmes dans l'organisme. On a pu penser chez certains malades, présentant une teneur en iode augmentée, à une relation avec des troubles des glandes endocrines et à des modifications des réactions du système nerveux végétatif. OLGA ELIASCHEFF.

Sur les causes des réactions atypiques des piqûres de moustiques (Ueber die Ursuchen atypischer Mückenstichreaktionen), par W. ENGELHARDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 307.

Observations de deux malades atteintes de lésions dues à des piqûres de moustiques, lésions atypiques. Apparition chez une malade, au bout de quelques heures ou de quelques jours, à la suite de piqûres de moustiques, de grandes bulles, presque sans inflammation à leur pourtour. Il s'agissait d'une infection par champignons provenant de l'estomac de réserve des moustiques.

Dans l'autre cas, la peau de la malade, très infiltrée, fut couverte de multiples vésicules et bulles. OLGA ELIASCHEFF.

Doit-on traiter les nourrissons séronégatifs dont les mères sont syphilitiques ? (Müssen seronegative Sänglinge luischer Mütter specifisch behandelt verden?), par LESBET ABNER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 315.

L'auteur est, d'après son expérience, d'avis qu'il ne faut pas soumettre à un traitement spécifique des nourrissons sans manifestations cliniques

et avec des réactions sérologiques négatives dont les mères sont syphilitiques. Elle partage l'avis de Boas et de Gammeltopt qui ne soignent pas de nourrissons sans signes certains de syphilis et qui exigent une surveillance au moins de six mois, laquelle peut être prolongée.

OLGA ELIASCHEFF.

Trois cas d'acanthosis nigricans (Drei Fälle von Acanthosis nigricans), par A. JORDAN, W. SCHAMSCHIN et B. DOBROW. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 320, 1 fig.

Observations de trois cas d'*acanthosis nigricans*, dont deux combinés avec un carcinome, et le troisième constaté chez une jeune fille de 17 ans. Un des malades présenta, à côté de lésions typiques de la peau, des lésions végétantes de la muqueuse buccale, des gencives, de la langue, de la voûte palatine et des conjonctives. La présence d'un vitiligo dans un cas et d'une sympathicotonie chez la jeune fille parle en faveur de troubles endocriniens. Le traitement dans la forme juvénile par les extraits glandulaires semble produire une certaine amélioration.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'influence du sérum de malades atteints de tuberculose cutanée sur le bacille de la tuberculose humaine dans la culture profonde de Kirchner (Ueber die Einwirkung von Sera Hauttuberkulœser auf humane Tuberkulosebacillen in der Kirchnerschen Tiefenkultur), par Paul KALLOS et Ernst NATHAN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 333.

Les auteurs apportent les résultats de leurs recherches sur l'influence du sérum de malades atteints de tuberculose cutanée sur le bacille tuberculeux humain, recherches pratiquées avec le « liquide nutritif synthétique de Kirchner ». Ce liquide est d'une grande valeur pour les cultures en profondeur. On peut compléter ce « liquide nutritif synthétique » par le sérum, ce qui permet de faire des recherches exactes sur son influence sur la culture des bacilles tuberculeux. Si l'on ajoute au liquide synthétique 50 o/o de sérum normal ou de sérum de malades atteints de tuberculose pulmonaire, on obtient un bon accroissement des bacilles tuberculeux, lesquels ne changent pas d'aspect pendant quatre semaines.

Quatorze sur seize sérums sanguins prélevés dans différentes formes de tuberculoses cutanées et de tuberculides empêchèrent nettement la croissance des cultures tuberculeuses et modifièrent, après quatre semaines, complètement la structure morphologique des bacilles. Mais le sérum de tuberculeux (lésions de la peau) ne modifia pas les bacilles tuberculeux obtenus des foyers cutanés des mêmes malades (séro-résistance).

OLGA ELIASCHEFF.

Recherches morphologiques et pathogéniques sur les kératoses primaires (Morphologische und pathogenetische Untersuchungen über primäre Keratosen), par Gustav HOPF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 344, 15 fig.

L'auteur donne la description de l'*acrokeratosis verruciformis* et en apporte six observations. Dans quatre cas, cette kératose fut familiale, elle représente une kératose disséminée nævoïde du dos des mains et des pieds, elle est symétrique et se présente sous forme d'un semis de verrucosités. Elle se développe pendant la puberté, mais dans quelques cas elle existe déjà à la naissance et persiste sans aucune modification toute la vie.

Dans l' « acrokératose palmo-plantaire disséminée » (*keratoma dissipatum*), l'auteur a pu constater l'origine de cette anomalie de la kératinisation, elle provient des éléments du système papillaire.

On observe des formes différentes de kératose aussi dans la kératodermie diffuse, mais ce sont des entités cliniques indépendantes qui peuvent se combiner. Il faut d'après leurs aspects cliniques et morphologiques, les réunir dans le groupe des « dermatoses nævoïdes » dans le sens de Darier-Jadassohn. OLGA ELIASCHEFF.

Sur les inoculations des cobayes avec des hyphomycètes et des souches de dermatophytons (Ueber Meerschweinchenimpfungen mit Schimmelpilzen und Dermatophytonarten), par Stephan BALLAGI et Stephan LAUBAL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 394, 5 fig.

Résultats des inoculations de cobayes avec des hyphomycètes et différents dermatophytons : les hyphomycètes peuvent produire, comme les dermatophytons (*Trichophyton gypseum granulosum, Achorion gypseum*), des lésions pathologiques chez le cobaye, lésions qui diffèrent d'après les souches. Il existe des hyphomycètes très virulents, et d'autres tout à fait inoffensifs pour la peau des cobayes. Les dermatophytons sont dermatotropes, ils pénètrent, inoculés dans le derme, dans le follicule et produisent des lésions typiques, du follicule et du poil. Mais, les inoculations sous-dermiques restent soit négatives, soit bornées à de légers infiltrats. Les hyphomycètes introduits dans le derme, au contraire, ne provoquent pas de lésions folliculaires, les champignons ne pénètrent pas dans le follicule, les poils restent intacts ; il se produit seulement une infiltration d'intensité moyenne, foyers légèrement squameux, guérissant rapidement. L'infection sous-dermique provoque rapidement des tumeurs avec nécrose de ces dernières. Il semble donc que les hyphomycètes possèdent une plus grande affinité pour l'hypoderme.

L'histologie des tumeurs mycosiques montra l'existence de trois zones : une zone externe riche en cellules conjonctives fixes proliférées et une dilatation des capillaires ; une zone moyenne avec des cellules géantes et des champignons et une zone interne nécrosée par places, composée de leucocytes polynucléaires, de lymphocytes et de détritus cellulaires.

Il résulte des résultats obtenus que les hyphomycètes, s'ils sont pathogènes, peuvent provoquer des lésions plus graves que les dermatophytes, même chez l'homme. Les lésions primaires se présentent sous forme de

nodules avec nécrose (mycétome maduromycosique, hémisporose, etc.).

OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'érythroplasie avec description d'un cas au niveau de la tempe, localisation non encore signalée (Ueber Erythroplasie unter Mitteilung eines Falles mit noch nicht beschriebener Lokalisation an der Schläfe), par Helmuth FREUND. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 401, 5 fig.

Observation et étude histologique d'un cas d'érythroplasie localisée à la tempe chez une femme âgée de 69 ans. Bibliographie et discussion du rapport de cette lésion avec la maladie de Bowen et le carcinome, pronostic et thérapeutique.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la fragilité des vaisseaux sanguins cutanés et son importance en dermatologie (Zur Frage der Brüchigkeit der Blutgefässe der Haut und über deren Bedeutung in der Dermatologie), par P. W. KOSCHEWNIKOW. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 448, 3 fig.

Recherches sur la fragilité des vaisseaux sanguins cutanés vis-à-vis des « pincements et frottements » chez des sujets sains et des sujets atteints de différentes dermatoses. L'auteur conclut que l'on trouve une grande fragilité des vaisseaux même chez des personnes saines, ne présentant aucune diathèse hémorragique. On constate une fragilité des vaisseaux nettement augmentée dans les foyers de lupus vulgaire, de lupus érythémateux de syphilis maculeuse, papuleuse et tuberculeuse et dans la lèpre maculo-anesthésique pendant la poussée aiguë. La fragilité vasculaire est également augmentée dans la peau saine chez les porteurs de lupus vulgaire et érythémateux. La fragilité vasculaire varie sensiblement dans les différentes formes du purpura. Un grand nombre de dermatoses hémorragiques sont dues à une très grande fragilité latente des vaisseaux sanguins.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur une nouvelle endémie de microsporie à Dresde (Ueber eine erneute Mikrosporieendemie in Dresden), par Albrecht STEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 461.

L'auteur a observé une seconde endémie (19 cas) de microsporie (*Audouini*) en relation avec une première. Il résulte des observations de l'auteur que la contagiosité de la microsporie peut à peu près disparaître de temps en temps chez des sujets atteints, pour apparaître de nouveau sous l'influence de certains facteurs inconnus. La microsporie peut présenter un aspect atypique et se manifester sous la forme d'un eczéma séborrhéique. D'après l'avis de l'auteur, il faut s'abstenir du traitement par le thallium, si l'épilation par les rayons de Röntgen est possible, non seulement à cause du plus grand danger et des frais d'un traitement prolongé, mais aussi à cause des récidives des lésions en apparence guéries par le thallium et du danger de nouvelles endémies.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur « l'eczema vaccinatum » (Ueber Eczema vaccinatum), par N. Busch. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVII, cah. 2, 1933, p. 471, 2 fig.

Observation d'un cas d'*eczema vaccinatum* chez un enfant atteint d'eczéma et non encore vacciné. L'enfant fut contaminé par un petit voisin vacciné à l'école. Aucune complication, amélioration passagère de l'eczéma. Deux ans après la première infection, l'enfant fut de nouveau contaminé par sa sœur âgée de 15 mois. La maladie se termina par la mort. Ce cas est le seul connu jusqu'à présent, et il montre le danger que courent les eczémateux en se faisant vacciner ou en se trouvant en contact avec des sujets fraîchement vaccinés. Il montre aussi que l'*eczema vaccinatum* peut récidiver. Cette récidive n'est pas due à l'absence d'une immunité générale, mais elle montre que l'immunité cutanée n'est pas suffisante pour préserver les foyers eczémateux contre l'augmentation du virus. Olga Eliascheff.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur le développement du prurit et sa suppression comme thérapeutique causale (Ueber das Zustandekommen des Juckens und über die Beseitigung des Juckens als kausale Therapie), par A. Papendieck et E. Delbanco. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 30, 29 juillet 1933, p. 1127.

On ne connaît pas complètement la signification et le mécanisme du prurit. Dans la peau, il existe des points tactiles, douloureux et sensibles au froid et à la chaleur. Les rapports entre le prurit et l'irritation de ces divers points sensibles sont mal connus. Ainsi la douleur supprime le prurit et toute substance qui paralyse la sensibilité à la douleur atténue ou supprime le prurit. D'autre part, le système neuro-végétatif intervient sûrement dans le mécanisme du prurit. La thérapeutique du prurit peut soit s'adresser à l'action irritante qui le déclanche, soit modifier l'irritabilité prurigineuse par une action nerveuse périphérique ou centrale, soit exciter les autres sensibilités, soit par psychothérapie, soit par action générale.

C'est surtout à l'action nerveuse périphérique ou centrale, et aussi à l'excitation des autres sensibilités que les auteurs s'adressent. Ils ont utilisé le calmitol, proposé par Jadassohn. Cette préparation est une solution éthéro-alcoolique, faiblement iodée, d'un aldéhyde camphré, contenant en outre du menthol et des traces de scopolamine hyoscine. P. et D. ont aussi réalisé un mélange de lénigallol et de calmitol (celui-ci à la concentration de 5 à 10 o/o), qu'ils ont employé avec succès dans l'eczéma. L. Chatellier.

Nouvelles méthodes de dosage des rayons X en pratique dermatologique (Neue Methoden der Dosierung von Röntgenstrahlen in der dermatologischen Praxis), par E. Uhlmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 31, 29 juillet 1933, p. 1133, 4 fig.

Description détaillée d'un nouvel appareil permettant de doser précisément la qualité et la quantité du rayonnement.

L. Chatellier.

Sur la présence de vrai tissu muqueux dans la peau (Ueber das Vorkommen echten Schleimgewebes in der Haut), par A. Wiedmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 31, 5 août 1933, p. 1155, 3 fig.

Deux observations où l'auteur a trouvé : dans l'une, du tissu muqueux faisant suite à du tissu conjonctif dans une tumeur cutanée (sans doute par dégénérescence de ce dernier) ; dans l'autre, un infiltrat de mycosis fongoïde et, seulement autour des sudoripares, un tissu myxomateux riche en mucus. L. Chatellier.

Sur l'action de la Germanine dans le pemphigus chronique (Ueber Germaninwirkung bei Pemphigus chronicus), par H. G. Bode. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 31, 5 août 1933, p. 1160.

Sur 2 malades atteints de pemphigus vulgaire localisé à la peau, et sur un troisième malade avec lésions muqueuses, la Germanine n'a donné aucun résultat. Chez l'un d'eux, érythème tardif, œdème de la face et des muqueuses, douleurs gastriques.

Un quatrième cas de pemphigus foliacé a été aggravé par le traitement.

L. Chatellier.

Sur l'hémorragie provoquée par la stase expérimentale (Ueber experimentell erzeugte Stauungsblutungen (Unter besonderer Berücksichtigung des Rumpel-Leedeschen Phänomens)), par O. Bloch. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 32, 12 août 1933, p. 1203.

Rumpel, Leede avaient décrit les petites hémorragies que provoque la stase artificielle chez certains sujets. Ils avaient accordé à ce phénomène une valeur diagnostique dans la scarlatine. Cette opinion a été soutenue ou critiquée dans la suite. B. a recherché ce phénomène chez 351 individus (dont 72 femmes) atteints des maladies les plus diverses ou bien normaux. Ses constatations ne permettent de lui accorder aucune signification diagnostique. Si l'on rencontre le phénomène de Rumpel-Leede un peu plus fréquemment chez les syphilitiques, le fait est dû aux lésions du système vasculaire et à son irritation par le traitement intraveineux. Chez les jeunes sujets, il est plus difficile de provoquer le phénomène de Rumpel-Leede. L. Chatellier.

Nævus endotheliomatodes (Naevus endotheliomatodes), par R. Casazza. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 32, 12 août 1933, p. 1209, 4 fig.

C. rapporte l'observation d'une jeune femme portant au niveau du lobule de l'oreille droite une petite tumeur, qui ressemblait à un pseudo-botryomycome et durait depuis l'enfance. Ce cas est identique à celui de Per paru dans la même revue (*D. W.*, t. XCV, p. 1569) sous le nom de nævus endothéliomatodes. Histologiquement, tumeur constituée par des lacunes hémo-lymphangitiques séparées par d'épais trousseaux con-

jonctifs et tapissées par un endothélium qui, par endroits, prolifère en franges cellulaires. Dans le tissu conjonctif, on trouve de petits nids composés de cellules de même type. C. conclut à la nature nævique de l'affection. L. CHATELLIER.

Bases expérimentales du traitement abortif de la Syphilis (Die tierexperimentellen Grundlagen der Abortivbehandlung der Syphilis), par P. MULZER. *Dermatologische Wochenschrift*. t. XCVII, nº 33, 19 août 1933, p. 1227.

Revue générale où M. résume les acquisitions que la syphilis expérimentale a permises dans la connaissance et le traitement de la syphilis humaine. L. CHATELLIER.

Bains chauds et fonctions de la peau, en particulier aperçu de son rôle dans l'immunité (Thermalbäder und Hautfunktion, insbesondere im Hinblick auf ihre immunbiologische Rolle), par GRUNOW. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 33, 19 août 1933, p. 1236.

Les fonctions de la peau varient dans le règne animal, des animaux aquatiques à l'homme. Chez ce dernier, le tégument a perdu ses fonctions de défense et a vu diminuer son rôle respiratoire. Le bain d'eau douce, en supprimant les déchets épidermiques et en diminuant la quantité de graisse superficielle (savonnage) rétablit un peu le rôle respiratoire. Mais le bain simple ne jouit pas des propriétés stimulantes des bains thermaux. Même le bain thermal artificiel n'a pas les mêmes propriétés que le bain thermal naturel.

De plus le bain thermal n'agit pas seulement sur l'épiderme, mais aussi sur les tissus mésenchymateux, qui servent de soutien aux voies circulatoires et nerveuses. Il provoque dans ces tissus mésenchymateux des réactions qui retentissent sur le tissu réticulo-endothélial, sur les organes profonds (rate, moelle osseuse, système splanchnique). Il agit donc en somme sur les processus d'immunisation organique soit par excitation simple, soit par régénération tissulaire.

De même sont affectées les fonctions excrétrices et respiratoires de la peau, comme le montrent les résultats obtenus par les cures thermales dans les rhumatismes, où le métabolisme local du sucre est modifié par elles. Certaines sécrétions internes (thyroïde, ovaire, surrénale) sont intimement liées à la production de ferments cutanés (oxydases, peroxydase, catalase), que la balnéothérapie influence directement. La résorption cutanée est également modifiée par les bains thermaux, où les corps dissous sont dissociés en ions d'absorption plus aisés. A noter aussi l'action des bains gazeux où la résorption cutanée est certaine. L. CHATELLIER.

Pityriasis rosé hémorragique (Pityriasis rosea hemorrhagica), par Fr. KOGOJ. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 34, 26 août 1933, p. 1261.

Chez le malade de K., éruption maculeuse dont certains éléments portent des points hémorragiques, et d'autres offrent une partie cen-

trale lisse, rouge-brun. L'éruption est légèrement squameuse, ou bordée à la périphérie d'une fine collerette épidermique. Prurit très modéré. Guérison spontanée avec un traitement anodin au bout de trois semaines. K. considère ce cas comme un pityriasis rosé hémorragique, dont 2 cas antérieurs ont été déjà publiés. L. Chatellier.

Un cas de lichen plan de la vulve, réfractaire à l'arsenic puis guéri par le Spirocid (Ein gegen Arsen resistenter Fall von Lichen ruber planus vulvæ durch Spirocid geheilt), par H. Hirsch. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXVII, nº 34, 26 août 1933, p. 1263.

Après plusieurs mois d'un traitement infructueux par la liqueur de Fowler et les rayons de Bucky, la malade guérit de son lichen plan vulvaire en 3 semaines grâce au spirocid. L. Chatellier.

Recherches comparatives sur la glycémie dans les capillaires de la peau pathologique et de la peau normale (Vergleichende Untersuchungen über den Zuckerspiegel in den Kapillaren pathologischveränderter sowie normaler benachbarter Hautbezirke), par A. Midana et A. Gallia. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, nº 34, 26 août 1933, p. 1255.

Les auteurs ont étudié la teneur en sucre de territoires cutanés normaux et pathologiques chez 36 sujets atteints de dermatoses diverses, grâce à la microméthode de Hagedorn-Jensen. Comme témoins, ils ont choisi les territoires cutanés soumis à l'irritation provoquée par les rayons ultra-violets. Chez tous les psoriasiques et chez la plupart des sujets irradiés, le taux de glucose est accru. Dans les autres dermatoses, résultats inconstants, qu'expliquent des facteurs surajoutés (œdème, détritus tissulaires). Cette hyperglycémie est liée à une diminution du quotient respiratoire dans les territoires enflammés et à une diminution de la glycolyse, résultats de l'accélération du courant circulatoire. L. Chatellier.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur des tumeurs rares du lit de l'ongle (glomus neuromyoartériel ou angioneuromyome artériel (Ueber seltene Gumoren in Nagelbett (Neuromyoarterielle Tlomustumoren oder arterielle Angioneuromyome), par A. Stratmann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, f. 3, août 1933, p. 129, 7 fig.

Les angioneuromyomes artériels de Masson sont des tumeurs bien caractérisées tant cliniquement qu'histologiquement ; elles sont bénignes. Exceptionnelles avant la puberté, elles se rencontrent à tout âge, de préférence, semble-t-il, chez les femmes. Leur durée est très longue (36 ans dans un cas) et leur développement très lent. Les tumeurs glomiques siègent sur le lit de l'ongle, dans la plupart des cas ; on en a décrit sur les membres (bras ou cuisses), l'oreille.

La douleur est le symptôme dominant ; elle est très vive, soit à la pression, soit aux variations de la température. La douleur, souvent

paroxystique, irradie dans le membre correspondant. S. confirme l'explication de Masson qui attribue cette douleur exquise à la pression exercée par la tumeur sur les corpuscules du tact. Il a retrouvé la structure histologique des cas publiés par Masson. Un seul traitement est efficace : l'exérèse chirurgicale de la tumeur, et parfois aussi de la matrice unguéale. Bonne bibliographie. L. CHATELLIER.

Etudes capillaromicroscopiques des engelures (Kapillarmicroskopische Studien über Frostschäden), par W. RICHTER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, f. 3, août 1933, p. 147, 5 fig.

Par le microscope capillaire, les taches violettes des engelures se montrent parsemées de macules rouge carmin, dont la coloration est due à un élargissement et à une circulation plus rapide du plexus sous-papillaire. Ces constatations, rapprochées des constatations microscopiques faites après iontophorèse avec l'histamine, signifient que, dans les engelures, il existe des modifications dans le processus régulateur de la circulation. En particulier, l'acétylcholine, comme l'histamine, jouit de propriétés vaso-dilatatrices et circulatoires, qui s'opposent à l'action antagoniste de l'adrénaline. L. CHATELLIER.

Remarques sur le traitement précoce de la syphilis en vue de la guérison totale (Merkblatt über die Frühbehandlung der Syphilis mit dem Ziel voller Ausheilung), par E. HOFFMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXVII, f. 3, août 1933, p. 161.

Dans cet article, H. renouvelle ses recommandations sur la nécessité d'un diagnostic très précoce de la syphilis et d'un traitement aussi énergique que possible (1 gr. 20 d'As par semaine chez l'homme ; 0 gr. 9-1 gramme chez la femme, pour un total de 5-6 grammes au moins par cure ; bismuth associé). Il insiste sur la surveillance sérologique du sang et du liquide. Moyennant 2 cures mixtes, successives, on a toutes les chances de guérir définitivement la syphilis et de parer aux accidents lointains et à la transmission à l'enfant.

L. CHATELLIER.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Apparition d'une tuberculose ulcéreuse de la peau après la grippe (Ueber Provokation ulcero-tuberkulöser Hautprozesse durch Grippe), par F. FISCHL. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, no 30, 28 juillet 1933, p. 941, 1 fig.

Deux observations où, à la suite d'une grippe, se développe une tuberculose ulcéreuse de la peau, avec bacilles sur frottis et dans les coupes, avec culture rapide après ensemencement du sang, des urines et de la peau. Chez l'un, tuberculose étendue des fesses et des cuisses ; chez l'autre, du nez, des doigts, du coude gauche, de la cuisse droite et de la région péri-malléolaire des deux côtés.

L. CHATELLIER.

Pour la connaissance des allergoses (Zur Kenntniss der Allergosen (Ueber Ratanhiaüberempfindlichkeit und ihre gelungene passive Uebertragung)), par A. MUSGER. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, n° 31, 4 août 1933, p. 974.

Chez 4 syphilitiques soumis à un traitement arséno-bismuthé, apparaissent au bout de 3-4 semaines une vive irritation des gencives, avec gonflement des lèvres, douleurs, brûlures et prurit. Les malades se servaient préventivement d'une teinture de ratanhia en badigeonnages des gencives. Les lésions qu'ils ont présentées sont dues au ratanhia, comme le montrent et les épreuves habituelles de la sensibilité et la disparition rapide des accidents après suppression de la teinture. Celle-ci est nuisible par son acide tannique, qui est un dérivé du phénol et de l'acide phénolcarbonique. L'épreuve de la transmission passive a été positive une fois et seulement par le procédé de Königstein-Urbach ; la personne sensibilisée a présenté une sensibilité non seulement locale, mais générale, de la peau. L. CHATELLIER.

Le traitement de la sclérodermie par la pilocarpine (Die Behandlung der Sklerodermie mit Pilokarpin), par P. HERCOG. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, n° 31, 4 août 1933, p. 981.

Kuré et ses collaborateurs ont montré que, chez le sclérodermique, le nombre des cellules parasympathiques de la moelle est inférieur à la normale, que les fibres parasympathiques sont moins nombreuses dans les racines postérieures, que les nerfs sensibles efférents trophiques présentent des signes de dégénérescence. Aussi H. pense que la sclérodermie est liée aux lésions des fibres trophiques parasympathiques. D'où l'emploi de la pilocarpine employée en injection sous-cutanée (0 cc. 2 d'une solution à 1 o/o tous les jours) et en pommade (1 gramme d'une pommade à 1 o/o). L'auteur a employé ce traitement chez une de ses malades avec plein et rapide succès. L. CHATELLIER.

Sur la démonstration d'anticorps histiogènes dans les dermatoses allergiques (Zum Nachweis histiogener Antikörper bei allergischen Erkrankungen der Haut), par A. PERUTZ. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, n° 33, 18 août 1933, p. 1023.

Les trois conditions pour ranger une affection dans les dermatoses allergiques sont, d'après B. Bloch et Dörr : la spécificité, la sensibilisation expérimentale et la transmission passive. Les deux premières sont acquises. Contre la troisième, on a soulevé des objections. Il faut noter que, l'anticorps étant thermolabile, il convenait d'injecter le liquide de la bulle provoquée avec et sans chauffage, puis ensuite d'appliquer l'allergène incriminé. Il n'y a de réaction qu'au point d'application du liquide non chauffé. L. CHATELLIER.

Progrès dans la clinique, le pronostic et le traitement de la syphilis de l'aorte (Fortschritte in der Klinik, Prognosestellung und Therapie der Aortensyphilis), par H. SCHLESINGER. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 46e année, n° 33, 18 août 1933, p. 1030.

De 1923 à 1932, S. a reçu dans sa clinique 10.600 malades, chez qui il a recherché la syphilis par tous les procédés et systématiquement. Il a trouvé ainsi 1.289 syphilis avérées ; soit 12,2 o/o des malades. Sur ces 1.289 syphilitiques, 421 aortites ; soit 31,9 o/o. D'ailleurs, d'après Maresch, l'aortite syphilitique augmente de fréquence, ce que confirme S. Même constatation pour l'anévrysme de l'aorte. Le pronostic de l'aortite syphilitique est considéré comme un pronostic sombre : la survie après l'apparition des signes cliniques ne dépasse pas quelques années (Hubert, v. Romberg). Sur 91 autopsies, S. a imputé la mort à l'aortite dans 53 cas. Le pronostic est surtout fonction de la localisation de la lésion sur l'aorte, et de la précocité du diagnostic. Même dans l'anévrysme bien constitué, on peut obtenir une régression des lésions ou du moins une longue survie par un traitement bien conduit. Le traitement comporte l'iodure de sodium ou d'autres composés iodés, les sels de bismuth. L'arsenic doit être employé avec précaution et progression. Le stovarsol à doses progressives peut remplacer avantageusement le novarsénobenzol. La décompensation cardiaque n'est pas nécessairement une contre-indication, ni l'angine de poitrine, ni la dyspnée cardiaque. L. Chatellier.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

La dermite du céleri (Celery itch), par Henry. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLV, juillet 1933, p. 301.

Des éruptions artificielles des mains et des avant-bras sont assez fréquemment observées chez les ouvriers agricoles qui se consacrent exclusivement à la culture du céleri.

La substance nocive paraît être le lominène, dérivé hydrocarboné de la série terpénique, qui se trouve également dans les huiles d'oranges, de citron, de bergamote et de cumin. S. Fernet.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Elastome juvénile (Juvenile elastoma), par Weidman, Anderson et Ayres. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, n° 2, août 1933, p. 182, 3 fig.

Observation d'un enfant de 5 ans qui présente depuis 2 ans sur le tronc, les fesses, les cuisses, des nodules à peine saillants, couleur chair, tirant sur le jaune ou l'ivoire, du diamètre d'un pois environ, mais quelquefois confluents en plaques de 2 à 10 centimètres de diamètre. Ces lésions donnent au toucher une sensation de caoutchouc.

On constatait, histologiquement, dans les couches profondes du derme, l'absence de larges bandes de collagène et la présence de segments plus ou moins longs de fibres élastiques œdématiées.

L'analogie clinique avec le xanthome, la dégénérescence du tissu élastique, permettent de classer ce cas à côté des pseudo-xanthomes élas-

tiques dont il se distingue par le jeune âge du sujet et l'absence de prédilection pour les plis. Les auteurs pensent que ces lésions sont de nature nævique, ce qui justifierait le nom d'élastome ; ils reconnaissent, cependant, que ce terme évoque une idée de néoformation alors qu'il s'agit d'un processus de dégénérescence et admettent que la dénomination de « nævus élastique » correspond peut-être le mieux aux faits de ce genre. S. FERNET.

Traitement efficace du vitiligo (Successful treatment of vitiligo), par COHEN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVIII, n° 2, août 1933, p. 215.

C. a réussi à guérir en six semaines un vitiligo de la face par les rayons ultra-violets sur huile de bergamote et des injections simultanées d'un sel d'or.

Il rappelle que des résultats aussi satisfaisants ont été signalés, alors qu'au lieu d'un sel d'or, on avait utilisé le novarsénobenzol ou le cacodylate.

L'efficacité de ces traitements justifie l'hypothèse de l'étiologie infectieuse du vitiligo, des toxines microbiennes pouvant troubler la fonction pigmentaire des cellules. S. FERNET.

The American Journal of Syphilis (Saint-Louis).

Une méthode pour introduire de plus fortes doses d'arsenobenzènes dans le système nerveux central (A method to introduce larger amounts of the arsphenamines into the central nervous system), par WITTENBERG. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVII, n° 3, juillet 1933, p. 339.

Les vaso-constricteurs, tels que l'adrénaline, l'éphédrine, la tyramine, produisent un afflux considérable, mais passager, de sang dans le cerveau. W. a pensé qu'en faisant précéder les injections arsenicales d'injections intraveineuses d'éphédrine, il favoriserait la fixation de l'arsenic dans le cerveau en y augmentant l'afflux du sang au moment où celui-ci charrie le plus d'arsenic.

Des ponctions lombaires ont été pratiquées une heure et demie après des injections d'arsénobenzènes, précédées ou non d'injections d'éphédrine. Chez plusieurs malades, atteints de neuro-syphilis, le liquide céphalo-rachidien contenait de l'arsenic après les injections d'arsénobenzène précédées d'éphédrine mais n'en contenait pas après les injections d'arsénobenzène seul.

Chez les syphilitiques ne présentant pas de signes de neuro-syphilis, le liquide céphalo-rachidien ne contenait pas d'As même après les injections d'arsénobenzène précédées d'éphédrine.

S. FERNET.

La négativation de la réaction de Wassermann du sang dans les syphilis non traitées (The reversal of the blood Wassermann reaction in untreated syphilis), par Hoverson, Morrow et Hawthorne. *The American Journal of Syphilis,* vol. XXVII, nº 3, juillet 1933, p. 392.

Parmi des malades chroniques, hospitalisés pour de nombreuses années, on a relevé, de 1914 à 1925, 59 cas de syphilis ignorées, par conséquent, non traitées et révélées uniquement par des réactions de Bordet-Wassermann positives. On ne pratiquait pas à l'époque de traitement spécifique dans cet hôpital et les 59 malades ont continué à ne pas être soignés pour leur syphilis. Lorsque des réactions de Bordet-Wassermann leur ont été refaites à nouveau en 1933, on constata que, chez 18 d'entre eux, elles étaient devenues négatives.

Il parut donc intéressant de signaler qu'une négativation spontanée du Bordet-Wassermann était survenue chez 30 o/o des malades dont la syphilis n'avait certainement jamais été traitée. S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Le traitement de la neurosyphilis par la malaria (Treatment of neurosyphilis with malaria), par O'Leary et Welsh. *The Journal of the American Medical Association*, vol. CI, nº 7, 12 août 1933, p. 498.

O'L. et W. ont traité, de 1924 à 1932, 984 neuro-syphilis par l'impaludation. 10 o/o des cas ont été réfractaires au paludisme et n'ont pas présenté d'accès fébriles. La mortalité a été de 0,57 o/o.

Sur 186 cas de paralysie générale avancée, chez des malades internés, 35 o/o ont pu quitter l'asile.

Sur 249 paralytiques généraux, non internés, 46 o/o ont pu reprendre leurs occupations.

85 cas de paralysie générale *sine paresi,* mais avec réactions caractéristiques dans le liquide céphalo-rachidien, chez qui l'impaludation était pratiquée à titre préventif, ne présentaient pas de signes cliniques après 7 ans d'observation.

L'impaludation s'est montrée moins efficace dans le tabès. On a, cependant, enregistré un assez grand pourcentage d'améliorations, la disparition ou l'allongement de l'intervalle entre les crises gastriques et les douleurs fulgurantes, l'arrêt passager dans l'évolution de l'atrophie du nerf optique.

Dans deux cas, le paludisme a paru transformer l'ataxie en paraplégie.

Les résultats obtenus par la malaria dans la paralysie générale sont supérieurs à ceux de la fièvre diathermique ; il semble que le facteur fièvre ne soit pas seul à intervenir dans l'action du paludisme sur la neuro-syphilis parenchymateuse. S. Fernet.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Contribution à l'histogenèse des épithéliomas de dérivation glandulaire sébacée et à leurs rapports avec l'épithélioma de Bowen, par Flarer. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. IV, août 1933, p. 873, 21 fig.

Des discussions qui se sont élevées dans ces dernières années au sujet de la maladie de Bowen, de la maladie de Paget, tend à se dégager la notion de la transformation possible d'éléments sébacés en éléments cancéreux épithéliaux de type particulier, c'est-à-dire de type dyskératosique.

A l'appui de cette opinion, F. rapporte et étudie le cas d'une femme de 55 ans, qui présentait, à la nuque, une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, pour laquelle le diagnostic clinique, après discussion, fut celui d'*épithélioma sébacé* (qu'il ne faut pas confondre avec l'adénome sébacé, ou avec l'épithélioma kystique).

Ce diagnostic clinique fut confirmé par l'examen histologique, qui mit en évidence des particularités curieuses : la masse néoplasique présentait sur certains points l'aspect du tissu glandulaire sébacé ; sur d'autres, des caractères spécifiquement cancéreux. Au-dessus de cette masse néoplasique, l'épithélium cutané était intact, et se distinguait nettement du tissu cancéreux qui arrivait à son contact ; mais cependant, sur certains points, il y avait invasion dans l'épiderme d'éléments néoplasiques isolés.

De ces constatations, F. déduit des considérations sur la genèse des tumeurs sébacées épithéliales et sur leurs rapports avec la maladie de Bowen et il discute à ce propos les théories soutenues par différents auteurs sur l'origine sébacée de l'épithélioma de Bowen.

Enfin, d'après F., ce seraient les cellules du collet de la glande sébacée qui posséderaient la propriété d'une double possibilité évolutive soit vers le type sébacé, soit vers le type épithélial, ce qui explique qu'une même tumeur puisse avoir, comme dans le cas étudié, les caractères d'une lésion bénigne sur certains points, et sur d'autres, d'une lésion maligne.

Belgodere.

Anticutines et procutines dans les dermatomycoses, par E. Balbi. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, fasc. 4, août 1933, p. 889. Bibliographie.

L'auteur, après un examen critique de la question des anticutines et des procutines, rapporte les recherches qu'il a effectuées sur ce sujet dans le domaine des dermatomycoses (trichophytie, favus).

Utilisant comme sujets d'étude des malades atteints de ces affections, on met en évidence la présence, dans les sérums trichophytiques, d'anticutines et de procutines. Les premières sont en proportion moindre que les secondes.

Le sérum normal a une action atténuante sur la trichophytine, numé-

riquement plus grande que celle du sérum spécifique. Ces résultats doivent être attribués pour une grande part aux interférences produites par l'état allergique cutané du sujet, qui ne permettent pas une appréciation exacte de l'action activante ou atténuante du sérum.

Pour cette raison, l'auteur transporte les expériences sur un sujet normal anergique. Dans 81 expériences effectuées en utilisant 29 sérums de trichophytiques et de faviques, on observe que le sérum spécifique contient des anticutines en proportion plus forte que le sérum normal et des procutines moins fréquemment que ce dernier. Une telle action du sérum, soit normal, soit spécifique, sur terrain non sensibilisé, doit être interprétée comme due à l'intervention tantôt activante, tantôt atténuante des substances intermédiaires aspécifiques contenues dans la peau du sujet témoin et dans les sérums employés. Le comportement aspécifique du sérum trichophytique est basé sur l'absence de rapport entre l'anticutine et la procutine du sérum et l'état allergique du donateur, sur l'action différente exercée par un même sérum sur divers sujets témoins, sur l'impossibilité qu'un sérum puisse spécifiquement neutraliser *in vitro* les doses très fortes de trichophytine du mélange.

B. rapporte, en outre, des expériences desquelles il résulte que l'injection de trichophytine chez un sujet normal ou allergique provoque l'apparition dans le sang de substances intermédiaires, tantôt activantes, tantôt atténuantes, conformément aux expériences sur lesquelles s'appuie la théorie de Lehner et Rajka. BELGODERE.

Contribution à l'étude du pemphigus végétant (Note II : La question de la Pyodermite végétante de Hallopeau), par Giulio RADAELI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, f. 4, août 1933, p. 911. Bibliographie.

L'auteur revient sur deux cas de pemphigus végétant qu'il a étudiés dans un précédent travail (qui a été analysé ici) et qui présentaient, l'un d'une manière temporaire, l'autre d'une manière permanente, les caractères de l'affection dénommée *Pyodermite végétante de Hallopeau*.

Il se rallie à la dernière conception de cet auteur qui considère de tels cas comme une manifestation clinique du pemphigus végétant, à évolution spéciale, dans laquelle, à l'élément bulleux, se substituent comme éléments initiaux des formes à type exclusivement pustuleux ou vésiculo-pustuleux.

L'auteur fait ensuite une revue générale de tous les cas actuellement décrits, qui peuvent rentrer dans ce groupe. Leur nombre s'élève à 32.

De cette revue, il résulte que les variétés végétantes de la dermatite herpétiforme peuvent elles aussi fournir des aspects qui rentrent dans les descriptions de Hallopeau. La délimitation de ce dernier groupe, d'une part, du côté du pemphigus végétant, d'autre part, du côté de la maladie de Dühring végétante ne peut être faite d'une manière précise parce qu'il existe des formes de passage évidentes. Le terme de *Pyodermite végétante de Hallopeau* devrait être abandonné, parce qu'il conduit

à des confusions avec les véritables pyodermites végétantes qui n'ont aucun rapport avec le pemphigus.

L'auteur a développé son travail dans un esprit essentiellement clinico-diagnostic et la revue des différents cas a été exposée d'une manière un peu détaillée, de manière à pouvoir servir de guide dans l'interprétation des cas qui pourront être observés à l'avenir.

Les questions étiologiques et pathogéniques de ces formes se confondent avec les mêmes questions extrêmement obscures du pemphigus. Peut-être peut-on admettre que les pyogènes communs, et en particulier les staphylocoques, souvent présents dans les lésions, loin d'avoir une véritable importance étiologique, peuvent cependant agir comme causes pour ainsi dire fixatrices et déchaînantes agissant sur un terrain déjà en lui-même altéré par la cause obscure du mal.

BELGODERE.

Recherches et observations sur un cas de calcinose cutanée, par Francesco LISI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, f. 4, août 1933, p. 953. Bibliographie.

Description d'un cas de calcinose cutanée, chez un sujet de 18 ans, caractérisé cliniquement par un rapport étroit entre l'apparition des manifestations morbides et l'irradiation solaire et par un terrain très vraisemblablement tuberculeux.

L'auteur est porté à croire que la manifestation morbide est apparue sous l'influence d'actions toxiniques tuberculeuses tendant, à travers une sensibilisation histiogène, à la cytoclase du tissu sous-cutané et à la perturbation de l'équilibre ionique local. Le rapport avec la photothérapie pourrait trouver une explication suffisante dans une activation du processus infectieux tuberculeux et dans des modifications hématiques, circulatoires et allergiques, générales et cutanées.

Diverses recherches effectuées sur le métabolisme du Ca (dosages répétés de Ca, courbes calciques au parathormon (hormone de parathyroïde) et à l'injection intraveineuse de Ca, dosages des autres composants chimiques du sang caractéristiques physico-chimiques du sang, etc..., de même que les recherches histologiques et l'étude de l'orientation neuro-endocrine du sujet ne permettent pas d'élucider la pathogénie dans un autre sens.

Différentes tentatives de reproduction expérimentale de ce processus sur le sujet étudié, la plupart orientées par l'allergie notable et étroitement spécifique de la peau aux dérivés tuberculeux, sont demeurées infructueuses (irradiations répétées de champs cutanés circonscrits, intradermo-réactions tuberculeuses, injections dermo-hypodermiques de sang total ou de sérum irradié du sujet, cholestérine irradiée, sterogyl, etc...).

BELGODERE.

L'acide lactique dans le sang et dans le liquide de bulle, dans les dermatoses et dans les maladies générales à manifestations cutanées (Note II : L'acide lactique dans le sang et le liquide de bulle chez les malades cutanés et vénériens), par R. Policaro. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, f. 4, août 1933, p. 939. Bibliographie.

P. fait remarquer que ce sujet a été fort peu étudié. Il y a consacré déjà un précédent travail dont celui-ci est la suite. Il s'est servi pour ses dosages de la méthode colorimétrique de Mendel-Goldscheider.

Les recherches ont porté sur 59 patients atteints de dermatoses diverses : syphilis initiale, secondaire et tardive ; blennorragies simples et compliquées.

Voici le résumé des résultats :

Lupus et tuberculides : valeurs normales.

Épithélioma et surtout l'épithélioma sur lupus : légère hyperlacticémie.

Psoriasis et eczéma : valeurs normales, sauf dans une forme exsudative qui présenta de l'hyperlacticémie.

Maladies parasitaires (teigne, gale) : valeurs normales.

Sclérodermie, un seul cas étudié : hyperlacticémie.

Gonococcie, syphilis primaire et secondaire : rien d'anormal. L'hyperlacticémie fut constatée dans un cas de complications gonococciques avec fièvre et dans un cas de tabès avec mal perforant.

Maladies du groupe pemphigus : elles ont donné des résultats plus intéressants. Dans les formes graves et cachectisantes de pemphigus, on a constaté l'hyperlacticémie. Dans la maladie de Dühring, valeurs normales dans les périodes de trève, hyperlacticémie au moment des poussées. Dans cette dernière maladie, P. a étudié aussi le comportement de l'acide lactique dans le liquide de bulle. Dans les bulles récentes à liquide clair, le taux de l'acide lactique est 3-4 fois supérieur aux taux lacticémiques ; dans les éléments anciens à contenu purulent, le taux lacticémique est dépassé de 11 fois.

Des recherches ont été faites aussi sur le liquide des bulles provoquées, mais, étant donné la fragilité de ces bulles, les recherches n'ont pu porter que sur des bulles jeunes : on a pu constater ainsi que leur teneur en acide lactique était sensiblement la même que pour les bulles jeunes spontanées. P. en conclut que les valeurs hautes observées dans les éléments de vieille date doivent être rapportées à leur contenu purulent et aux leucocytes qui sont doués d'un pouvoir glycolytique accentué.

Belgodere.

Contribution à l'étude de l'étiologie du pityriasis rubra pilaire de Devergie, par Giona Nardi. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, f. 4, août 1933, p. 983, 3 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte un cas de *pityriasis rubra* pilaire de Devergie, observé chez un homme de 54 ans, qui ne présentait pas d'anomalies ou de manifestations morbides particulières que l'on put rapporter à

des altérations du système endocrino-sympathique et chez lequel les épreuves pharmacodynamiques instituées n'ont révélé rien d'anormal.

Ce malade ne présentait pas d'antécédents héréditaires ou personnels qui pussent faire suspecter la tuberculose, mais, objectivement et radiologiquement, il présentait des signes qui pouvaient faire suspecter une forme latente de l'infection tuberculeuse. En outre, la cuti- et l'intradermo-réaction à la tuberculine étaient fortement positives.

N. passe en revue les diverses théories étiologiques de cette dermatose et, en particulier, les théories du déséquilibre endocrino-sympathique et de la tuberculose, il rappelle les incertitudes dans lesquelles nous sommes au sujet de la nature des tuberculides et de leurs rapports avec l'infection tuberculeuse et il admet que, dans l'état actuel de nos connaissances, en l'absence de données précises et sûres, l'étiologie du *pityriasis rubra* pilaire doit être suspectée très souvent de nature tuberculeuse et que cette dermatose peut être comprise, pour le moment du moins, dans le groupe des tuberculides. BELGODERE.

Sur l'action des extraits de squames psoriasiques, par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, f. 4, août 1933, p. 1003, 6 fig. Bibliographie.

L'auteur a préparé, par diverses méthodes (extraction aqueuse, alcoolique, éthérée, hydrolyse acide et alcaline, etc...) des extraits de squames psoriasiques et en a étudié l'action dans le psoriasis. L'injection de ces extraits, exécutée à des doses diverses et d'une manière répétée, provoque chez les psoriasiques des réactions diverses, générales (ascension thermique, malaises, etc...), locales (douleurs, infiltration des zones injectées, hyperémie, etc...) et de foyer. Ces dernières sont représentées par une augmentation des phénomènes de congestion et d'infiltration des plaques psoriasiques dans les 24 heures consécutives à l'injection, avec rapide défervescence des symptômes. A ces réactions de foyer, sont associés des phénomènes de modification de l'hyperkératose et des processus desquamatifs : les squames deviennent, dans le cours du traitement, atypiques, crustacées, monostratifiées, pityriasiques.

Cette modification des squames, à son tour, est en rapport avec des modifications des processus d'infiltration : ceux-ci manifestent en général une tendance à la régression. Celle-ci peut intéresser uniformément toute l'étendue du foyer psoriasique, ou se manifester tout d'abord seulement sur certains points : dans ce cas, le foyer psoriasique assume un aspect atypique d'infiltration et d'hyperkératose folliculaire.

L'emploi répété de l'extrait psoriasique provoque de cette manière, dans la grande majorité des cas, la régression des foyers de psoriasis. La résolution des placards a lieu tantôt par voie centripète, tantôt par voie centrifuge. Parfois, il persiste dans les foyers qui ont régressé, une hyperpigmentation caractéristique, limitée à l'étendue primitive du placard lui-même. Dans d'autres cas, au contraire, c'est une dépigmentation que l'on constate. Les phénomènes de régression sont plus accen-

tués dans les cas de psoriasis à grandes plaques confluentes ou généralisées, que dans les cas de psoriasis à foyers peu nombreux et peu étendus. Par contre, les syndromes psoriasiformes réagiraient peu ou pas à l'administration d'extraits de squames psoriasiques.

Un fait particulier est l'éruption cutanée, chez les psoriasiques, d'éléments lenticulaires papuliformes psoriasiformes caractéristiques. Ces derniers apparaissent, en rapport avec l'injection de l'extrait, dans des zones cutanées indemnes ; leur évolution est abortive, et la régression rapide ; ils peuvent également se manifester sur l'étendue de plaques psoriasiques en résolution et représenter par conséquent une réaction de foyer. Leur examen histologique révèle la présence des caractères fondamentaux du psoriasis (parakératose, acanthose, micro-abcès épidermiques, etc...).

Il n'a pas été constaté de différence appréciable d'action entre les extraits autologues et homologues. Ceux qui se sont montrés les plus actifs sont les extraits hydro-alcooliques. Les résultats contradictoires obtenus par les différents auteurs qui ont entrepris des recherches semblables tiennent peut-être aux différences des méthodes suivies dans la préparation des extraits. L'action de ces extraits sur l'organisme psoriasique est attribuée à la présence dans ceux-ci de substances actives qui, probablement, ont la signification de co-facteurs d'allergie. Il s'agit de substances spécifiques, étant donné qu'elles restent sans action chez les sujets non psoriasiques. Leur administration par voie intradermique donne lieu, chez les psoriasiques, à des papules psoriasiformes typiques. Les unes et les autres de ces réactions atypiques psoriasiques peuvent être considérées comme des réactions allergiques du sujet psoriasique, et présentent des affinités avec les réactions microbiennes.

Belgodere.

Sur la rachidocentèse et sur le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques (Note III : De la pression endorachidienne et de ses variations durant l'extraction de quantités successives de liquide), par E. Ciambelloti. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIV, f. 4, août 1933, p. 1035.

Chez 300 sujets avec syphilis asymptomatique, syphilis nerveuse, métalues, ou sans syphilis, l'auteur a recherché la valeur et les variations de la pression du liquide céphalo-rachidien. Ces recherches ont démontré une fois de plus que l'on ne peut pas déduire la pression d'après la manière suivant laquelle le liquide s'écoule, parce que, entre autres raisons, on ne peut pas établir quelles sont les causes constantes et sûres qui interviennent : c'est seulement quand les gouttes sont très rapides qu'il y a une hypertension plus ou moins intense, qui dépasse 60 centimètres quand l'écoulement est en jet.

Les valeurs entre 15 et 25 centimètres, considérées comme normales en position horizontale, peuvent être facilement rencontrées chez des sujets atteints de syphilis nerveuse tertiaire ou quaternaire ; au con-

traire, des sujets indemnes de lésions nerveuses, syphilitiques ou non. peuvent présenter de l'hypertension.

Chez les anciens luétiques bien ou mal traités, sans signes de troubles nerveux, il est facile de trouver l'hypertension, parfois même accentuée, habituellement non persistante : il est probable qu'il s'agit parfois de reliquats de processus neuro-méningés de la période d'infection générale, éteints par la suite, d'autres fois de troubles extra-nerveux.

Dans la syphilis nerveuse tertiaire, la pression varie de valeurs très basses à des valeurs élevées.

Dans la métalues, la pression est habituellement basse jusqu'à l'hypotension ; dans d'autres cas et, en particulier, dans les formes initiales avec lésion méningée contemporaine, elle peut être élevée.

C. a fait porter également ses recherches sur l'indice manométrique de Stoockey, sur le quotient rachidien et sur le quotient différentiel d'Ayala, sans trouver dans ses 300 cas d'altérations importantes.

L'auteur insiste sur l'importance de la mesure de la pression en série, soit pour surprendre des chutes brusques (qui réclameraient le contrôle de la manœuvre de Queckenstedt, et qui seraient un précieux indice de certaines formes particulières de syphilis nerveuse), soit pour ne pas aboutir à une forte hypotension qui provoque facilement une intolérance consécutive.

En comparant la pression avant et pendant l'extraction de 3, 7, 10, 12 centimètres cubes de liquide, on constate que souvent la chute de pression n'est pas uniforme, mais irrégulière, avec de brusques oscillations, qui ne sont peut-être pas indifférentes au système nerveux ; dans trois cas, la pression n'a pas diminué, dans trois autres, elle a augmenté : ces faits donnent à penser à une hypersécrétion réflexe et transitoire du liquide céphalo-rachidien. BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Comparaison entre le contenu en acide lactique du sang et du liquide de bulle chez des individus sains et atteints de dermatoses, par FERRARI. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n° 8, août 1933, p. 389. Bibliographie.

Dans une série de recherches précédentes que nous avons analysées ici, l'auteur avait mis en évidence le rôle important qui appartient à la peau dans le métabolisme des sucres, surtout comme organe de dépôt du sucre du sang et du glycogène de même origine.

Les auteurs modernes attribuent encore à la peau, outre cette fonction, un rôle qui n'est pas négligeable dans le métabolisme intermédiaire des sucres. Urbach, en effet, a observé l'existence d'anomalies du métabolisme des sucres exclusivement dans la peau ; Wohlgemuth et Nakamura ont démontré que la peau possède des diastases et un ferment glycolytique en quantité telle qu'elle peut égaler celle d'organes

particulièrement affectés au métabolisme des sucres, comme le pancréas, par exemple. Comme suite à ses recherches antérieures, F. a entrepris une série de recherches sur ce métabolisme intermédiaire dans la peau en recherchant, dans le sang et dans le liquide de bulle, le contenu en acide lactique qui est un des plus importants de ces produits intermédiaires de désintégration des sucres, surtout dans les organismes animaux.

Les recherches ont porté sur 11 sujets, dont 3 sains, 1 syphilitique avec des papules, 3 psoriasiques et 4 eczémateux, tous tenus dans les mêmes conditions de jeûne et de repos et chez tous il a constaté dans le sang des valeurs d'acide lactique correspondant aux valeurs moyennes admises par les auteurs qui ont effectué des recherches antérieures, c'est-à-dire oscillant entre 13 et 23 milligrammes o/o (moyenne de toutes les déterminations : 17 mgr. 8).

Dans le liquide de bulle, les valeurs correspondantes ont été en moyenne 2,5 à 3 fois supérieures à celles du sang, oscillant entre 39 et 66 milligrammes o/o, indépendamment des conditions cutanées du sujet.

Il est donc démontré que, ainsi que l'auteur en avait fait la démonstration pour la glycémie à jeun, les altérations cutanées, même étendues, telles qu'on les rencontre par exemple dans le psoriasis et l'eczéma, n'influencent pas sensiblement la lacticémie.

Pour ce qui concerne le liquide de bulle, la teneur élevée en acide lactique par comparaison au sang, dans un rapport presque constant et indépendant de la présence ou non d'altérations cutanées, est d'interprétation difficile. L'auteur, cependant, se basant sur l'apport insuffisant d'oxygène dans le liquide de bulle, sur les recherches de Meineri sur l'équilibre acide-base de la peau, sur celles de Midana sur les catalases du liquide de bulle, émet cette hypothèse que le taux élevé d'acide lactique dans le liquide de bulle serait conditionné par une déficience des processus exsudatifs qui occasionnerait une insuffisance des phases de resynthèse de l'acide lactique et consécutivement une accumulation de ce dernier. Quelle que soit l'explication du phénomène, le déséquilibre entre la distribution de l'acide lactique dans le sang et dans la bulle est une preuve, dans une certaine mesure, de l'existence d'un métabolisme spécifique des hydrates de carbone dans la peau et de l'importance de la peau dans le métabolisme intermédiaire des sucres, comme F. l'a déjà soutenu dans ses précédents travaux.

BELGODERE.

Observations et confrontations sur les réactions cutanées à la tuberculine (épreuve épi- et intra-cutanée) et sur la réaction de déviation du complément selon Besredka effectuées chez des malades atteints de tuberculose cutanée, viscérale et de dermatoses variées, par Carlo MAZZANTI et Oscar LÉVI. *Il Dermosifilografo*, 8e année, n⁰ 8, août 1933, p. 405, 6 fig. Bibliographie.

Ces recherches ont porté sur 108 malades et elles ont consisté dans l'étude de la réaction de fixation du complément, selon Besredka, dans l'intradermo-réaction par la méthode de Trambusti et la réaction épicutanée selon Nathan et Kallos (cuti- et intradermo-réactions selon la terminologie française).

Les cas cliniques concernaient 45 cas de tuberculose cutanée (y compris le lupus érythémateux et les tuberculides papulo-nécrotiques), 30 cas de tuberculose pulmonaire en phase active et 33 cas de maladies diverses non tuberculeuses (parmi lesquelles 5 cas de lèpre et 4 de lymphogranulome inguinal).

Les réactions de déviation du complément et l'intradermo-réaction ont montré, au point de vue de leurs qualités de spécificité et de sensibilité, un comportement à peu près égal, tant dans la tuberculose viscérale que cutanée, l'intradermo-réaction paraissant cependant plus sensible que la réaction de Besredka.

La cuti-réaction, selon Nathan et Kallos, sans que l'on puisse dire qu'elle soit un attribut exclusif ou constant de la tuberculose cutanée, s'est révélée, tant au point de vue de la fréquence qu'à celui de l'intensité de beaucoup plus en relation avec cette localisation de l'infection tuberculeuse qu'avec la localisation viscérale.

Ceci démontre que dans la peau des tuberculeux cutanés des réactions allergiques peuvent s'établir plus facilement vis-à-vis de l'antigène tuberculinique appliqué en dilution notable sur la peau intacte, et ce fait est la conséquence d'une réactivité tissurale acquise, qui n'appartient pas seulement à la paroi dermo-vasculaire, mais aussi à l'épiderme.

Ce fait peut avoir une valeur, non seulement doctrinale, mais également pratique pour le diagnostic différentiel des lésions suspectes de nature tuberculeuse. BELGODERE.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Recherches cliniques et expérimentales sur le bismuth dans l'anion, spécialement sous la forme iodobismuth (Klinische und experimentelle Untersuchungen über Wismut im Anion besonders als Jodobismutit), par James STRANDBERG (Stockholm) et Bertil SJOEGREN (Soedertälge). *Acta Dermato Venereologica*, vol. XIV, f. 1, juin 1933, p. 1, 14 fig.

Étude très approfondie, clinique et expérimentale, sur l'iodbismol, son absorption et son élimination, sa toxicité, etc., avec examens radiologiques des points d'injection. Le bismuth (dans l'iodbismol) est très rapidement absorbé et ne forme pas de dépôt, il se répand par la voie sanguine dans les différents organes et tissus. On a trouvé chez l'animal dans les organes internes, trois jours après une série d'injections, 4,5 o/o du bismuth injecté. Après le traitement par l'iodbismol, le cerveau et la moelle épinière contenaient plus de bismuth que les mêmes organes des animaux traités par d'autres préparations de bismuth. L'élimination par les reins est remarquablement régulière et rapide.

Après une série de 10 injections, l'élimination dure cinq semaines et 75 o/o (à peu près) de toute la quantité injectée sont éliminés par les reins. La préparation est peu toxique, soluble et stable. Pour éviter la douleur, les auteurs utilisent l'iodbismol dilué dans l'alcool éthylique phéniqué (concentration à 2 o/o).

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de l'Acanthosis nigricans. Régression très prononcée des lésions cutanées après la castration (Zur Kenntniss der Acanthosis nigricans. Weitzehende Rückbildung der Hauterscheinungen nach Kastration), par Sven Hellerstrœm (Stockholm). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, f. 1, juin 1933, p. 86, 4 fig.

L'auteur décrit un cas d'*acanthosis nigricans* juvénile et familial chez un homme âgé de 34 ans. A la naissance le sujet, ainsi que sa sœur, présentaient déjà des lésions d'*acanthosis nigricans* qui augmentèrent par la suite. Le malade est atteint d'un diabète grave, très probablement d'origine endocrinienne. Amélioration frappante des lésions cutanées (ainsi que d'une pachydermie vorticellée du cuir chevelu) et des troubles du métabolisme, par la castration. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude des cas larvés de la dermatite herpétiforme de Duhring, avec observations sur sa sensibilité vis-à-vis de l'iode et la transmission passive de cette dernière (Provocation par des pommades au mercure et par le vaccin staphylococcique (Ueber larvierte Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring, nebst Bemerkungen über ihre Jodempfindlichkeit und die passive Uebertragung derselben (Provokation durch Hg-Salben und durch Staphylokokkenvakzin), par M. Fellner et F. de Vasconcellos (Berne). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, cah. 1, juin 1933, p. 99, 4 fig

Les auteurs apportent deux observations de jeunes malades atteints de dermatite herpétiforme de Dühring, dont les lésions, dans un cas, avaient revêtu l'aspect d'un impétigo et, dans l'autre, d'un eczéma impétiginisé. Le diagnostic fut posé grâce à la provocation par l'iodure de potassium. Les auteurs attirent l'attention sur la grande valeur pour le diagnostic de cette maladie des épreuves à l'iodure de potassium et spécialement employé *per os* à des doses assez élevées ; cette épreuve d'irritation par l'iodure de potassium pris par la bouche est *toujours* positive dans la dermatite herpétiforme, de temps en temps seulement des doses uniques ou globales assez élevées sont nécessaires. On obtient aussi de temps à autre la même réaction dans le *pemphigus*.

La transmission passive de l'hypersensibilité vis-à-vis de l'iodure de potassium pratiquée sur 20 sujets différents fut dans le premier cas une seule fois positive, dans le second cas deux fois. Il exista en plus chez le premier malade une hypersensibilité vis-à-vis du mercure et du vaccin staphylococcique qui provoquèrent une poussée. Les irritations externes par le *bromure de potassium* furent aussi positives chez le second enfant. Olga Eliascheff.

Koilonychia e stomacho, par J. H. Brœkema (Seiden) *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, f. 1, juin 1933, p. 113, 9 fig.

L'auteur a observé deux cas de koïlonychie des ongles des doigts dont la cause fut une maladie interne décrite en 1925 pour la première fois par Nolen sous la dénomination *Chlorosis chronica tarda*, en 1928 par Kaznelson comme « chloranémie achylique ». Cette maladie se rencontre surtout chez les femmes et est accompagnée de chute de cheveux, de perte des dents, d'une fragilité et d'une excavation des ongles, de rhagades de la peau des mains et des commissures des lèvres, avec formation de vésicules aux lèvres et sur la langue. Toutes ces lésions, ainsi que des diarrhées fréquentes, précèdent de quelques années l'anémie. L'étiologie de cette maladie est une sécrétion stomacale diminuée : on constate soit une achylie complète, soit une a- ou hypochlorhydrie. On suppose que le trouble de la sécrétion stomacale empêche la résorption du fer de la nourriture. L'auteur a obtenu de très bons résultats par un traitement combiné de préparations de fer avec l'acide chlorhydrique ou avec le chlorhydrate de pepsine.

Olga Eliascheff.

Deux cas de complexe tuberculeux primaire de la peau et des gencives (Zwei Fälle von tuberkulœsen Primärkomplexen der Haut bzw. der Gingiva), par E. Ækerberg (Stockholm). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, cah. 1, juin 1933, p. 127.

Sous la dénomination « complexe tuberculeux primaire » on désigne la réaction d'un sujet non tuberculeux à une première infection par le virus de la tuberculose. L'auteur apporte deux observations de ce complexe tuberculeux primaire chez des garçons âgés de 6 et 9 ans, sans signes de tuberculose, ni acquise, ni héréditaire ; l'infection est due à un traumatisme de la peau. Dans le premier cas, « l'accident primitif » siégea au talon et provoqua une lymphadénite régionale tuberculeuse nette. Le malade fut cliniquement guéri au bout d'un an et ne présenta pendant quatre ans ni récidive locale, ni signes d'un autre processus tuberculeux. Mais quatre ans après la guérison se développa un foyer osseux tuberculeux dans l'olécrâne. La radioscopie des poumons, faite à ce moment, donna un résultat complètement négatif, et cette ostéite tuberculeuse doit être considérée comme une infection par voie sanguine du foyer cutané cliniquement guéri.

Le second malade présenta une lésion tuberculeuse des gencives sans aucun signe clinique de tuberculose pulmonaire. La tuberculose locale se manifesta quelque temps après une extraction dentaire.

Olga Eliascheff.

Les réactions provoquées chez les psoriasiques par la pyrothérapie (Etude du psoriasis comme état allergique), par Marian de Mienicki et C. Ryll-Nardzewski (Wilno). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, f. 2, juillet 1933, p. 137.

Supposant qu'une élévation de la température pouvait parfois faire

disparaître les lésions du psoriasis, les auteurs ont étudié ce phénomène sur leurs malades en se servant du vaccin « Dmelcos ». Ils ont fait des injections intradermiques avec ce vaccin et ont examiné l'état de la peau et la formule sanguine. Dans la plupart des cas, ainsi qu'au cours de la pyrothérapie, ces recherches ont été aussi pratiquées après une injection intraveineuse de Dmelcos. L'intradermo-réaction spécifique (papule ressemblant à celle du psoriasis) se transforma en une papule érythémateuse sous l'influence de la fièvre ; la réaction cutanée se modifia : on constata dans plusieurs cas l'apparition de pyodermites, ainsi que d'un leucoderme. D'après les résultats obtenus, les auteurs considèrent le psoriasis comme une maladie allergique.

Olga Eliascheff.

Sur l'étiologie du pemphigus et de la maladie de Dühring (Zur Ætiologie des Pemphigus und der Dühringschen Krankheit), par Robert Bernhardt (Varsovie). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, f. 2, juillet 1933, p. 165.

Bibliographie et travail expérimental sur la dermatite herpétiforme de Dühring et les pemphigus vulgaire et végétant. L'auteur est arrivé aux mêmes conclusions que Reiss-Urbach, qu'il est impossible de démontrer par les méthodes expérimentales (injections intraveineuses et sous-cutanées de sérum des malades et du contenu des bulles aux animaux), l'origine infectieuse ou toxique du groupe du pemphigus.

Olga Eliascheff.

Sur des lésions cutanées grippales (Ueber Grippöse Hauteffloreszenzen), par M. O. Derbandiker (Moscou). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, f. 2, juillet 1933, p. 175.

On avait déjà décrit des éruptions cutanées dans la grippe en 1890. L'auteur a observé six cas. L'éruption peut être : 1° scarlatiniforme ; 2° morbilliforme ; 3° roséoliforme ; 4° érythémateuse diffuse ; 5° purpurique ; 6° urticarienne ou se présenter sous l'aspect d'un érythème polymorphe ou noueux. L'éruption apparaît dans la première semaine de la maladie, elle est fugace et disparaît sans desquamation et sans pigmentation.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude des atrophies cutanées (Beitrag zur Frage der Hautatrophien), par S. A. Glaubersohn et E S. Schein-Vagel (Kieff). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 2, juillet 1933, p. 182.

Observation d'un cas d'acrodermatite atrophique combinée avec une anétodermie de Jadassohn et des vergetures chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire. Description histologique des lésions cutanées qui montrèrent une diminution et des modifications de la structure du tissu élastique à côté d'un infiltrat péri-vasculaire. Cette observation parle en faveur d'une modification du tissu élastique par le virus tuberculeux qui peut, ainsi que d'autres facteurs inconnus, être la cause des différentes formes des atrophies cutanées.

Olga Eliascheff.

Les causes de la mort des lépreux (Todesursachen bei Leprœsen), par A. A. Stein et Anna P. Karpichina (Leningrad). *Acta Dermato-Venereologica,* vol. XIV, f. 2, juillet 1933, p. 190.

Travail de la léproserie du Gouvernement de Leningrad. D'après cette documentation, les lépreux meurent rarement de la lèpre, mais le plus fréquemment de maladies des voies respiratoires : pneumonie, tuberculose, sténose du larynx ou de cachexie lépreuse, lésions cardiaques, érysipèles, néphrites. Olga Eliascheff.

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

Demi-service pour maladies cutanées, par W. I. Feldmann. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* n° 1-2, janvier-février 1933, pp. 68-73.

L'auteur constate tout d'abord que toute une série de dermatoses chroniques, récidivantes et prurigineuses, par exemple, le psoriasis, l'eczéma, le sycosis non parasitaire, etc., exerce une influence déprimante sur les malades, les rend psychasthéniques, neurasthéniques, apathiques et diminue leur capacité de travail. Le traitement en policlinique, long et plus ou moins régulier, ne guérit souvent pas à cause des mauvaises conditions de logement, ne permettant pas les badigeonnages, les bains, les compresses, les saupoudrages, les onctions et autres procédés qui sont indispensables. Découragés et énervés, ces malades finissent peu à peu par entrer dans des services cliniques et y restent plus ou moins longtemps, jusqu'à la guérison complète ou tout au moins jusqu'au blanchiment. De cette manière, ces malades quittent leur métier, absorbent des fonds importants des caisses d'assurances et occupent un grand nombre de lits d'hôpital qui auraient pu être utilisés pour des malades vraiment graves et incapables de travailler.

L'auteur a étudié les observations des malades qui n'ont pas tout à fait perdu leur capacité de travail et qui n'avaient pas absolument besoin de traitement clinique et qui ont fait des séjours plus ou moins longs dans le service cutané de l'Institut Vénéréologique d'État, à Moscou, pour l'eczéma, le psoriasis, le sycosis, le prurigo, la névrodermite, le parapsoriasis, le lichen ruber plan, les tuberculides, les lupus, l'épithélioma, le bouton d'Orient, etc. Il en trouve 504 au cours d'une période de 18 mois. Ce seul service a ainsi perdu 9.173 lits-journées. Pour toute la ville de Moscou, ce chiffre serait de 24.000 en une année et demie, si l'on compte tous ses services stationnaires.

Pour remédier à ce déplorable état de choses, l'auteur propose de créer des services cutanés du type allégé, simplifié ou demi-services analogues aux sanatoria de jour ou de nuit. Ces demi-services ne doivent être destinés qu'aux ouvriers, au personnel technique et aux employés qui ne doivent pas être détachés du travail professionnel au cours de leur traitement. Naturellement, ces établissements ne seront pas créés pour des malades vénériens contagieux qui doivent être isolés dans des cliniques.

L'auteur décrit ainsi le fonctionnement de ces demi-services. Les malades y reçoivent toutes les thérapeutiques dermatologiques nécessaires les repas, le repos et les distractions culturelles utiles. Les malades travaillant dans la matinée y viennent dans l'après-midi et y restent jusqu'au matin suivant. Les malades travaillant dans l'après-midi y arrivent tard dans la nuit, s'y reposent, sont traités et repartent dans l'après-midi. De cette façon, le demi-service abrite pour la nuit deux équipes à la fois, mais dans des salles différentes, afin d'éviter des dérangements et des réveils des malades les uns par les autres. Les malades travaillant la nuit viennent dans la matinée et occupent les lits des malades travaillant dans la matinée et qui viennent de partir, mais couchent naturellement dans la literie à eux qu'on conserve à part et spécialement pour eux. En somme, il se fait un mouvement perpétuel et régulier des malades travaillant par équipes. Après l'arrivée du malade, chaque fois, il se repose, déjeune, puis subit le traitement.

L'économie des moyens est énorme. Tout d'abord, une salle de 50 lits dessert 75 malades. Puis il y a économie des fonds des caisses d'assurances, des lits, des dépenses du personnel, etc. Cette économie sera surtout évidente, si l'on crée ces demi-services auprès des cliniques, hôpitaux ou dispensaires possédant déjà des installations de bains, de douches, de rayons X, du quartz, un laboratoire, une pharmacie. Ce demi-service pourra traiter un grand nombre de malades quittant les services dermatologiques ou y entrant des policliniques. Ce demi-service pourra étudier et soigner le malade aussi bien et en détail qu'un service stationnaire. Ce nouveau type d'établissement médical permettra de traiter le malade sans l'arracher trop à son travail habituel, ni à sa vie. Le demi-service permettra d'étudier l'effet du traitement dans les conditions des processus de travail et l'évolution des dermatoses professionnelles. Naturellement, les dermatoses graves, généralisées, aiguës, suintantes devront, comme d'habitude, être soignées dans des cliniques et hôpitaux mieux outillés et dotés. BERMANN.

Contribution à la lutte antivénérienne à la campagne, par S. M. RABINOVITCH. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nos 1-2, janvier-février 1933, pp. 73-82.

L'auteur rapporte les résultats de l'activité d'une expédition antivénérienne dans le district d'Ouwelka de l'arrondissement de Troïtzk, dans l'Oural.

Tout d'abord, il décrit l'organisation de l'aide médicale dans cette région, le caractère de la population rurale et les données statistiques sur les maladies vénériennes obtenues par les organes de santé (25,54 syphilitiques et 9,54 blennorragiques sur 1.000 habitants en 1931). S'étant rendu sur place, l'expédition a bien étudié les campagnes et a organisé une série de conférences sur les maladies vénériennes (50 conférences avec 5.865 auditeurs en tout). On a organisé une consultation,

une exposition et on a procédé à l'examen en masse des paysans et de leurs familles. L'expédition a également ouvert un petit service pour les vénériens contagieux afin de les isoler et les soigner.

En tout, les médecins ont examiné 3.628 personnes, soit 78,28 o/o de la population présente ou 14,8 o/o de la population totale du district. Les hommes comptent pour 22,37 o/o, les femmes pour 30,45 o/o et les enfants jusqu'à 16 ans pour 47,2 o/o. Sur ce nombre, on a trouvé 139 vénériens, soit 4,2 o/o des personnes examinées. La syphilis a été constatée dans 98 cas (27,3 sur 1.000 habitants) ; la blennorragie dans 41 cas (11,3 sur 1.000 habitants). Le chancre mou n'a pas été enregistré. Les 196 cas de dermatoses (5,3 o/o des personnes examinées) se rapportent principalement aux pyodermites. Les 98 cas de syphilis se répartissent ainsi : syphilis secondaire récidivante — 7 cas, secondaire latente — 23 cas, syphilis tertiaire gommeuse — 15 cas, tertiaire latente — 40 cas, neuro-syphilis — 2 cas, hérédo-syphilis — 11 cas. C'est entre l'âge de 16 à 40 ans qu'on trouve le plus grand nombre de malades (78 o/o). Quant au mode d'infection, on constate la transmission extra-génitale dans 38,8 o/o, génitale dans 30,6 o/o, congénitale dans 11,2 o/o et indéterminée dans 20 o/o. Le mode asexuel prédomine donc dans la propagation de la syphilis, ce qui est prouvé par l'atteinte plus fréquente de la maladie chez les femmes et les enfants que chez les hommes (hommes — 2,6 o/o, femmes — 3,5 o/o, enfants — 2,2 o/o). En somme, la syphilis est le plus répandue dans les régions les plus éloignées des policliniques et y fut importée par les Casaques venus de la grande guerre et la guerre civile. La blennorragie a été trouvée dans 9 cas aigus et dans 41 cas chroniques. BERMANN.

Les séro-réactions de Bordet-Wassermann, de Kahn et de Sachs-Georgi dans la tuberculose cutanée, par O. N. PODWYSSOTZKAÏA et S. L. CHIRWINDT. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* nos 1-2, janvier-février 1933, pp. 82-87.

Tout d'abord, les auteurs rappellent les ressemblances cliniques, anatomo-pathologiques et sérologiques des 3 processus morbides, la syphilis, la tuberculose et la lèpre, et insistent sur les difficultés de diagnostic fréquentes entre ces 3 affections.

Puis, ils rapportent les résultats de leurs examens sérologiques pratiqués chez 1.195 malades traités au luposorium de Leningrad. Les recherches sérologiques étaient ordinairement faites à la fois d'après 3 réactions, celles de Bordet-Wassermann, de Sachs-Georgi et de Kahn et, dans la plupart des cas, à plusieurs reprises chez le même malade. Les formes cliniques des cas étaient les plus diverses : lupus vulgaire circonscrit (368 cas), lupus vulgaire généralisé (204 cas), lupus hypertrophique et ulcéreux (292 cas), tuberculose verruqueuse (10 cas), tuberculose ulcéreuse (11 cas), tuberculose fongueuse (3 cas), lupus pernio (11 cas), sarcoïdes (8 cas), lupus folliculaire miliaire (4 cas), tuberculide scrofuleuse lichénoïde (5 cas), tuberculide papulo-nécroti-

que (5 cas), lupus érythémateux (148 cas), tuberculose colliquative (86 cas), hybrides syphilo-tuberculeuses (10 cas), gommes syphilitiques prises pour de la tuberculose (30 cas).

Sauf dans les cas de syphilis seule ou associée à la tuberculose, les séro-réactions se sont montrées complètement négatives dans 1.128 cas sur les 1.155 cas de tuberculose clinique manifeste. Parmi les 27 cas de tuberculose cutanée, il y avait 5 cas de réponses positives d'après toutes les séro-réactions et 22 cas de réponses faiblement positives d'après une ou deux réactions. Parmi ces 27 cas, 7 cas étaient suspects de syphilis latente ; en effet, le traitement spécifique appliqué a donné de bons résultats cliniques. Les 20 autres cas présentèrent des résultats positifs non spécifiques. On ne peut pas établir de dépendance entre ces réponses positives non spécifiques et la variété de tuberculose cutanée, car ces cas positifs se rencontraient dans toutes les formes de la tuberculose de la peau. Parmi les 148 cas de lupus érythémateux, il n'y avait qu'un cas avec résultat sérologique positif, mais cela peut dépendre de l'hypercholestérinémie qu'on rencontre souvent chez les lupiques érythémateux. BERMANN.

Contribution à la mutation en mosaïque possible chez l'homme. Un cas d'affection unilatérale asymétrique du corps du type de nævus pigmentaire pileux et molluseiforme unilatéral, par M. D. ZLOTNIKOFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* nos 11-12, novembre-décembre 1932, pp. 58-65, avec 3 figures.

L'auteur rapporte l'observation d'un cas très intéressant dont il n'a pas trouvé l'analogue dans la bibliographie.

Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, aide-vétérinaire, originaire d'une famille paysanne saine. Depuis sa naissance, elle était porteuse d'une tache pigmentaire rose pâle localisée au côté gauche de la face, du cou, du tronc et des extrémités. Les limites de cette tache étaient nettes et passaient par la ligne médiane du corps. Les cheveux étaient rares. A l'âge de 2-3 ans, les parents avaient remarqué que les cheveux étaient plus clairs et plus rares du côté gauche. A l'âge de 5-6 ans, le côté gauche du cuir chevelu présente une alopécie qui s'étend progressivement, ayant toujours pour limite la suture sagittale du crâne. L'alopécie est devenue stationnaire à l'âge de 12-14 ans et ne s'est plus étendue. Depuis l'enfance, la malade transpire au moindre effort, la sudation est surtout marquée du côté gauche, la sueur y est brun foncé, tandis qu'à droite, la transpiration est insignifiante et incolore. Cet état a persisté jusqu'à présent. La malade a presque toujours vécu à la campagne. Au point de vue général, la malade présente de la constipation, de la dysménorrhée (hymen intact), de la tendance à s'isoler pour éviter les railleries de son entourage, une mauvaise mémoire, de l'insomnie, des pleurs fréquents. Bordet-Wassermann négatif, Nonne-Appel faiblement positif. La pression sanguine est plus élevée à gauche. Eosinophilie 2 o/o.

Au point de vue cutané, les téguments sont normaux à droite. Les cheveux de la moitié droite du cuir chevelu sont riches, abondants et de couleur châtain, à gauche ils sont clairsemés et roux. A gauche, à partir du front et en suivant toujours la ligne médiane tant en avant qu'en arrière, la face est recouverte d'élevures de couleur brun foncé. Dans la région de la clavicule et du sein gauche, la peau est tuméfiée, mamelonnée et de couleur café au lait, ces taches pigmentaires vont en bandes par dessus l'épaule jusqu'au dos, toujours sans dépasser la ligne médiane. Le membre supérieur gauche est aussi de couleur brun foncé, couvert d'élevures. L'aisselle gauche n'a pas de poils. Le sein gauche est très foncé, le mamelon est dur, corné. La moitié gauche du ventre est pourprée, foncée, les couleurs étant réparties en bandes larges, convexes en haut. L'extrémité inférieure gauche est brun foncé, comme revêtue d'un bas noir. La peau de la jambe est cornée, brune. La peau du dos présente les mêmes caractères à gauche que celle de la poitrine, elle est en général de couleur café au lait.

La pupille droite est grise, la gauche bai marron. A gauche, le dermographisme est rouge, à droite rose pâle. Tout le côté gauche est atteint de fort prurit et porte des lésions de grattage. La biopsie montre que le nævus présente des élevures papillaires multiples soit arrondies, soit acuminées. Les proliférations épaisses semblent être divisées par des cloisons épithéliales, entre lesquelles se trouvent des espaces rempli de cellules du type endothélial. L'épiderme est aminci. La couche basale et le tissu cellulaire sous-cutané sont remplis de pigment brun. Par places, on trouve des productions stratifiées d'épithélium corné.

S'étant rendu au village natal de la malade, l'auteur a examiné 44 membres (sur 53) de sa famille, c'est-à-dire 3 générations. Pas de mariages consanguins parmi eux. Personne dans le village natal de la malade, ni dans les villages voisins n'avait une pigmentation cutanée analogue à celle de la malade.

L'auteur explique la pathogénie de son cas par une mutation somatique d'un des blastomères au stade constitué des 2 blastomères. C'est le blastomère gauche qui a subi cette mutation et la différence des 2 côtés s'est conservée dans la suite. La pathologie de l'organisme de la malade resta rigoureusement unilatérale et asymétrique.

L'auteur a pratiqué sous anesthésie générale une opération plastique à la face et au cou dont les suites ont été normales et qui a donné un effet esthétique positif. BERMANN.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX
RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

NÉCROLOGIES

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

Les chiffres en caractères **gras** *indiquent les mémoires originaux, les recueils de faits ou les revues générales.*

G

H

I

J

K

T

U

V

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES [1]

DU TOME QUATRIÈME — SEPTIÈME SÉRIE

1933

DERMATOLOGIE

(1) *Les chiffres en caractères* **gras** *indiquent les mémoires originaux.*

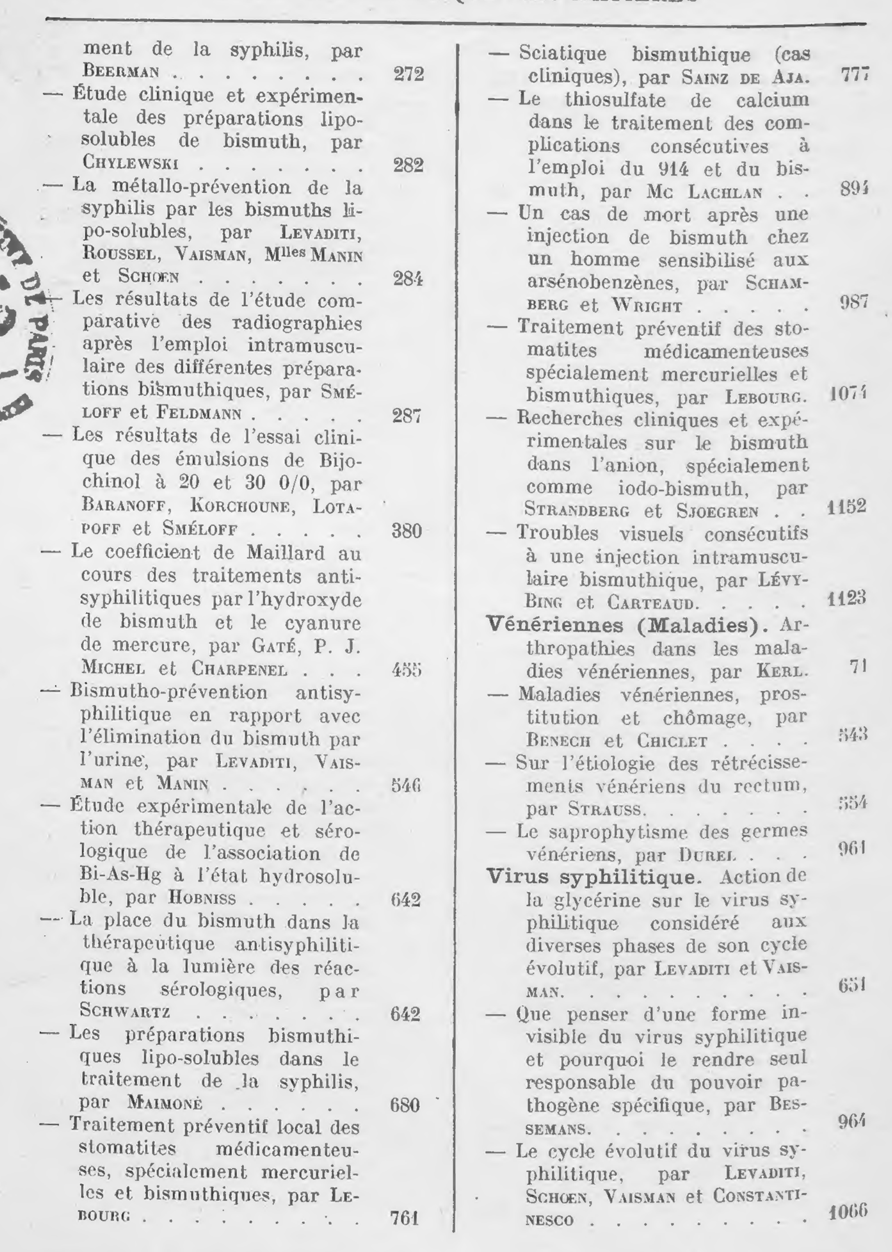
B

U

V

X

SYPHILIS



Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.